This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

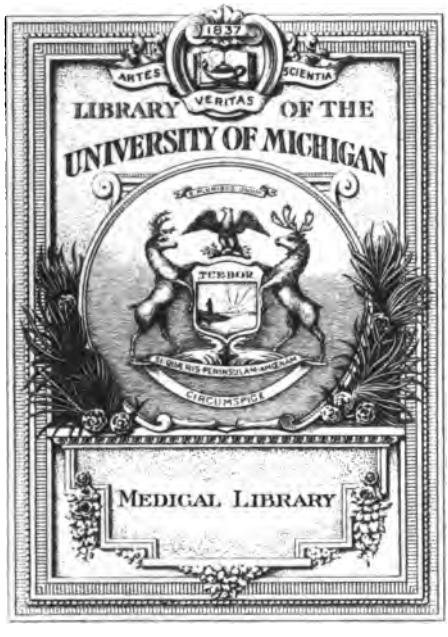
Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

A 413910

Eingebunden von Joseph Winter, 13 Facr.

1837
ARTES VERITAS SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY



610.5
P899

Der

Praktische Arzt.

Eine Monatsschrift.

Herausgegeben

von

Dr. Wilh. Herr,
prakt. Arzt in Wetzlar.

Dreissigster Jahrgang
1889.

WETZLAR.
Verlag von G. Rathgeber.
1889.

Druck von Ferd. Schnitzler in Wetzlar.

Medical
Müller
7-23-29
19767

Der praktische Arzt.

Nro. 1. XXX. Jahrgang. Januar, 1889.

Diese Zeitschrift erscheint monatlich zu 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Verlagshandlung** zu richten.

Inhalt:

Ueber Myxoedem. Originalartikel von Prof. Fr. Mosler in Greifswald. — Pyrodin, ein neues Antipyreticum. Einige Untersuchungen über die desinficirende Wirkung des Kalkes. — Zur Kenntniss der fieberhaften Gelbsucht. Ueber traumatische Neurosen. — Zur Behandlung offener, inoperabeler Carcinome durch künstliche Ueberhäutung. Zur Casuistik der penetrirenden Unterleibswunden. (Originalartikel von Dr. Obmann in Bischofsheim.) Ueber die künstliche Steigerung des Knochenwachsthums beim Menschen. Ueber Haarkuren. — Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung und Perforation bei zu engen Becken. Ueber den Werth der subcutanen Injection von Coffeïnum natrobenzoicum in der Kinderpraxis. Anwendung des Strophanthus im Kindesalter. — Butylchloral bei Neuralgien im Verlaufe des Trigeminus.

Ueber Myxoedem.

Von Prof. Fr. Mosler in Greifswald.

Das mit dem vorstehenden Namen belegte, in seinen klinischen Erscheinungen ebenso wohl charakterisirte, wie in Bezug auf seine Aetiologie räthselhafte Krankheitsbild ist in den letztverflossenen Jahren unter der grossen Zahl wissenschaftlicher Tagesfragen sehr in den Vordergrund getreten und sowohl in Zeitschriften und Abhandlungen als auch in Vereinen und Congressen Gegenstand eingehender Erörterungen gewesen. Namentlich seitdem Virchow in der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 2. Februar 1887 den derzeitigen Stand der Myxoedemfrage in einem Vortrage behandelt hat, ist die Aufmerksamkeit der Aerzte auf diesen wichtigen Krankheitsprozess hingelenkt worden. Auch ich habe es diesem klassischen Vortrage zu verdanken, dass ich im Stande war, eine kurze Zeit nach der Publikation derselben meiner Klinik zugeführten Fall alsbald zu erkennen und durch eine zweckentsprechende Beobachtung einige wichtige Anhaltspunkte für die Symptomatologie dieses Leidens zu gewinnen. Ich lasse einen Auszug aus der Krankengeschichte hier folgen.

Der Fall betraf die 54 Jahre alte Klempnerfrau Stühmke aus Pasewalk. Aus der allgemeinen Anamnese ist mit Bezug auf die Aetiologie des Leidens nichts Bemerkenswerthes hervorzuheben. Dasselbe begann im Jahre 1881, nach der Angabe der Patientin in Folge von kalten Flussbädern, die sie gegen ihre sonstige Gewohnheit im Sommer dieses Jahres genommen hatte. Das erste der ganz allmählig auftretenden Symptome war eine Lahmigkeit des linken Daumens, welche die Patientin am Stricken verhinderte.

Etwa 3 Monate darauf begannen die Finger und der Handrücken derselben Hand anzuschwellen und im Verlauf von 2 Jahren verbreitete sich die Schwellung über den ganzen linken Arm, den Rumpf und die übrigen Extremitäten. Erst später erfolgte Anschwellung des Gesichts, des Halses und der Mundhöhle, speziell der Lippen und der Zunge.

Die nächste Folge dieser Erscheinungen war bei der Patientin ein Gefühl von Schwere und Steifigkeit in den Gliedern, eine erhebliche Behinderung in allen Bewegungen und Beeinträchtigung des Sprachvermögens. Dazu gesellten sich weiterhin Gedächtnisschwäche, Kreuzschmerzen und Gürtelgefühl; um dieselbe Zeit blieben die Regeln aus.

Die bisher geschilderten Symptome erstrecken sich auf einen Zeitraum von 6 Jahren, während welcher Zeit Patientin ohne Unterbrechung in ärztlicher Behandlung war, ohne dass jemals Besserung eingetreten wäre. Im November 1887 liess sie sich in meine Klinik aufnehmen.

Status praesens: Patientin ist von mittlerer Statur und befindet sich in befriedigendem Ernährungszustande. Bei der Inspection imponirt zunächst die blasse eigenthümlich gedunsene, wachsartig glänzende Haut, die speciell dem Gesicht ein etwas stupides Gepräge verleiht. Dieselbe fühlt sich überall, namentlich an den Wangen, prall elastisch an, fast wie erstarrte Nährgelatine; sie lässt sich nicht in Falten erheben und ist auf Druck empfindlich, jedoch bleibt nach demselben eine Delle nicht zurück. Unterhalb des Kinnes ist sie zu derben Wülsten angestaut. Der Gefühlseindruck beim Palpiren ist ein ganz anderer wie bei gewöhnlichem Oedem; grössere Resistens macht sich fühlbar.

Das Nervensystem erweist sich in mehrfacher Beziehung alterirt. Abgesehen von der allgemeinen psychischen Depression, welche das Leiden an sich und die daraus entspringenden Unbequemlichkeiten bei der Patientin hervorgerufen haben, bestehen noch Klagen über unruhigen Schlaf, Schmerzen im Rücken und im Kreuz, abnorme Gehörsempfindungen, wie Ohrensausen, Klingen und Knacken; von Parästhesien erwähnt Patientin ein Prickeln unter den Fersen.

Von Seiten der Digestionsorgane sind ebenfalls einzelne Abnormitäten zu verzeichnen. Die Kranke klagt über Appetitmangel, schlechten Geschmack und hartnäckige Obstipation. Im Einzelnen zeigt sich die Schleimhaut der Lippen verdickt und gewulstet, ebenso die Zunge. Wegen der Spannung der Haut kann der Mund nicht weit geöffnet werden. Die Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle erscheint ebenfalls geschwol-

len. Die Stimme ist rauh; die Sprache etwas träge und verdriesslich.

Die Untersuchung der Respirations- und Circulationsorgane ergiebt mit Bestimmtheit die Abwesenheit eines Lungen- oder Herzleidens: Puls und Temperatur sind normal. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes zeigt keine auffallenden Veränderungen. Ebensowenig bestehen im uropoetischen Systeme irgend welche pathologischen Zustände.

Im Uebrigen fällt an der Patientin besonders die Langsamkeit und Schwerfälligkeit aller Bewegungen in die Augen; wegen der mit dem Aufstehen verbundenen Unbequemlichkeiten liegt die Kranke meist in apathischem Zustande zu Bett; von ihrer Umgebung wird sie wenig tangirt. Die Antworten auf an sie gerichtete Fragen erfolgen langsam und erst nach längerem Besinnen; im Ganzen spricht und klagt sie wenig.

Die Therapie bestand anfangs in der Darreichung von Eisen, Leberthran, Chinatinctur und Soolbädern; als nach 5 Wochen keine Besserung eintrat, wurden Einreibungen mit grauer Salbe, Massage und Jodquecksilberpillen innerlich ordinirt, jedoch ohne irgend welchen Erfolg.

Gegen Ende ihres 3 Monate währenden Aufenthaltes in meiner Klinik willigte Patientin in die Excision eines Hautstücks, welches der Nackengegend, wo die Schwellung besonders hochgradig war, entnommen wurde. Die pathologisch-anatomische Untersuchung desselben ergab nirgendwo wirklich pathologische Veränderungen.

Bald darauf reiste Patientin, ohne in ihrem Zustande gebessert zu sein, wieder in ihre Heimath zurück. Soviel ich später erfahren habe, sind inzwischen auffällige Veränderungen in ihrem Befinden nicht eingetreten.

Wenn ich nun dazu übergehe, diesen im 118. Bande von Virchow's Archiv genauer von mir beschriebenen Krankheitsfall im Einzelnen zu commentiren, so erweist sich derselbe als in mehrfacher Beziehung interessant. Zunächst ist mit Bezug auf die Statistik des Myxoedems zu bemerken, dass unser Fall insofern besondere Beachtung verdient, als jenseits des 50. Lebensjahres Myxoedem bisher nur selten beobachtet wurde. Ebenso gehört die myxoematöse Erkrankung der gesammten Körperoberfläche, wie sie bei dieser Patientin beobachtet wurde, zu den seltneren und schweren Fällen. Endlich weicht das geschilderte Krankheitsbild dadurch von der Regel ab, dass die Schwellung der Haut des Gesichtes erst ganz zuletzt auftrat, während sie sonst den Beginn des Leidens zu bilden pflegt.

Bei der Frage nach der Aetiologie der Erkrankung kam es mir vor Allem darauf an, etwaige degenerative Veränderungen in der Schilddrüse nachzuweisen. Seitdem Réverdin

und Kocher mit aller Bestimmtheit den Ausfall der hypothetischen Schilddrüsenfunktion für die Genese gewisser Leiden verantwortlich gemacht haben, ist man bestrebt gewesen, in jedem vorkommenden Falle derartige Veränderungen aufzufinden. Wenngleich ich aber nicht in der Lage bin, bei unserer Patientin das Bestehen pathologischer Prozesse in dem genannten Organ geradezu in Abrede zu stellen, so hat doch anderseits weder die Anamnese noch die objective Untersuchung der Schilddrüsengegend die geringsten Anhaltspunkte dafür ergeben. Immerhin ist es möglich, dass das Bestehen jener obenerwähnten Hautwülste unterhalb des Kinnes als Initialsymptom von Veränderungen der Schilddrüse zu deuten ist; wenigstens glaubt Virchow diesen Gebilden eine gewisse Bedeutung nicht absprechen zu dürfen.

Von dem Ausfall der Untersuchungen, welche zur Zeit von verschiedenen namhaften Forschern über die Folgen der Schilddrüsenexstirpation angestellt werden, wird es abhängen, in welchem Grade die augenblickliche herrschende Ansicht von dem Wesen des Myxoedems zu Recht besteht. Während diese Frage ihrer Lösung entgegengeht, wird es die Aufgabe des inneren Klinikers sein, mit den ihm zu Gebote stehenden Mitteln nach Kräften zur Aufklärung dieses räthselhaften Krankheitsprocesses beizutragen.

I. Pharmacologie und Balneologie.

Pyrodin, ein neues Antipyretikum. In der Sitzung der »Manchester medical Society« vom 3. October 1888 berichtete Dr. Dreschfeld über das Pyrodin oder besser Acetyl-Phenyl-Hydracin. Dasselbe ist ein Pulver, welches im kalten Wasser wenig löslich ist, keinen unangenehmen Geschmack hat und weder Uebelkeit noch Erbrechen verursacht. Es wirkt viel schneller und kräftiger als Antipyrin, Antifebrin oder Phenacetin, reducirt die Fieber-Temperatur binnen weniger Stunden und erhält diese Abnahme durch 6 — 8 Stunden, welcher eine Steigerung folgt, die durch eine zweite Reduction abgelöst wird, so dass selten mehr als eine Gabe innerhalb 24 Stunden erforderlich wird. Mit der Temperatur-Abnahme ist eine Schweiss-Absonderung verbunden, aber niemals beobachtete man dabei Collaps oder Kälte, obwohl die Verminderung der Temperatur bisweilen 7° F. betrug. Besonders erfolgreich zeigte sich das Pyrodin bei Pneumonie, Typhus und Scarlatina; bei dem Typhoide waren die antipyretischen Erscheinungen ebenfalls merklich, nur traten gelegentlich nach einigen Dosen geringe toxische Symptome auf. Auch bei nicht zymotischen Krankheiten, entzündlichen Fiebern wie Peritonitis war die antipyretische Wirkung eine bedeutende.

Bei Migräne zeigte sich in Fällen, in welchen Antipyrin versagte, ein günstiges Resultat. In wiederholten Dosen von 0,5—0,8 Grm. kann das Pyrodin giftige Wirkungen hervorrufen, welche in dem Auftreten von Ikterus (beruhend auf beginnender Haemoglobinaemie) bestehen. Für Kinder ist die Dosis des Pyrodins 0,2—0,25, für Erwachsene 0,5—0,8 Grm.

Ferner berichtet Prof. Dreschfeld, dass reines Acetylphenylhydracin viermal stärker wirke als Pyrodin. Es ist also die von Prof. Dreschfeld angegebene Dosis von 0,12 — 0,24 für Kinder und von 0,49—0,73 (2—4 grains und 8—12 grains) nicht für ein Gemenge von Substanzen, deren wirksames Princip Acetylphenylhydracin enthält und welches als »Pyrodin« bezeichnet ist.

Die Giftigkeit bei grossen Dosen eines Heilmittels ist natürlich für seine Anwendung nicht bequem; wird die Nützlichkeit in kleinen Dosen jedoch bei einem Arzneimittel constatirt, so liegt in dem ersteren Umstand keine Contraindication für die Anwendung, wie es ja auch bei einem grossen Theil alter und bewährter Heilmittel der Fall ist.

Jedenfalls empfiehlt es sich, nicht »Pyrodin« zu verschreiben, so lange darunter ein Gemenge von Substanzen verstanden wird, sondern den Namen Acetylphenylhydracin für ersteres beizubehalten.

Die Dosen für reines Acetylphenylhydracin sind, da dasselbe nach Mittheilung Prof. D's. viermal stärker wirkt, als das von ihm angewandte Pyrodin, für Kinder 0,03—0,06 und für Erwachsene 0,12—0,18. Die Maximaldose ist pro dosi et die 0,2!

Einige Untersuchungen über die desinficirende Wirkung des Kalkes. In dem II. Band der Zeitschrift für Hygiene veröffentlicht Dr. Paul Liborius bemerkenswerthe Mittheilungen über in dem hygienischen Institut zu Berlin vorgenommene Arbeiten über die desinficirende Wirkung des gebrannten Kalkes. Die Versuche wurden zunächst mit faulender Bouillon und Canalwasser angestellt, erstreckten sich dann aber auch auf Typhus- und Cholerabacillen. In ersterer Richtung ergaben dieselben, dass von den verschiedenen, in der faulenden Bouillon vorhandenen Mikroorganismen bei Zusatz von einem anfänglichen Kalkgehalt von ungefähr 0,09 Procent der weitaus grösste Theil schon innerhalb eines Tages zu Grunde ging, die weniger resistirenden Keime waren zeitweilig in ihrer Entwickelung gehemmt und vermehrten sich erst wieder nach geraumer Zeit, als vermuthlich der Gehalt an gelöstem Kalk bis zu einem gewissen Grade abgenommen hatte. Auch bei Canalwasser war die schädigende Wirkung des Kalkwassers auf die Mikroorganismen unverkennbar, nur fand sie ihren Ausdruck hauptsächlich in der

alterirten Vertheilung der Keime in den Versuchsflüssigkeiten. Die Impfungen aus dem sich ergebenden Bodensatze ergaben durchweg positive Resultate, während die oberflächlichen Schichten schon bei einem anfänglichen Kalkgehalt von ungefähr 0,09 Procent während einer Reihe von Tagen keine lebensfähigen Keime enthielten. Bei entsprechend reichlicherem Gehalt ungelösten Kalks wurde auch eine grössere Anzahl der in den Gemischen befindlichen Mikroorganismen vernichtet. Eine vollständige und dauernde Vernichtung aller Keime fand jedoch nirgends statt. Was nun das Verhalten verschiedener Reinculturen gegenüber dem Kalkwasser betrifft, so ergaben dieselben bezüglich der Typhusbacillen, dass ein anfänglicher Kalkgehalt von 0,0074 Procent genügte, um alle in der Versuchsflüssigkeit enthaltenen Typhuskeime dauernd zu vernichten. Bei der Frage, welcher Gehalt an gelöstem Kalk erforderlich war, um alle in der Versuchsflüssigkeit enthaltenen Cholerakeime völlig und dauernd zu vernichten, ergab sich, dass ein anfänglicher Gehalt von nur 0,0286 Procent bei sechsstündiger, vielleicht auch schon bei kürzerer Einwirkung dieser Forderung vollkommen entsprach. Ein anfänglicher Kalkgehalt von 0,0137 Procent bewirkte erhebliche und geraume Zeit andauernde, ein solcher von 0,0072 Procent nur unbedeutende und schnell vorübergehende Entwicklungshemmung.

In den bisher angestellten Versuchen konnte der Kalk seine Eigenschaften unter den günstigsten Verhältnissen entfalten. Die Keime waren in Lösungen suspendirt und es bot sich ihnen in der von organischen, flockenfreien und relativ reinen Flüssigkeit nirgends ein Zufluchtsort, in welchem sie vor der verderblichen Kalkwirkung geschützt gewesen wären. Anders verhält es sich mit den Dejectionen, deren feste Bestandtheile einerseits für die Vermehrung der Keime unter Umständen einen sehr günstigen Boden bieten, anderseits aber in Folge ihrer Consistenz von dem Kalkwasser vielleicht nicht hinreichend durchdrungen werden, so dass die Desinfection nur unvollständig bleibt.

Um nun die Anwendung des Kalkes zum Zweck der Krankheitsvernichtung befürworten zu können, musste nachgewiesen werden, dass derselbe bei einem einfachen Desinfectionsmodus in relativ kurzer Zeit die in den Dejectionen enthaltenen Infectionsträger völlig und dauernd vernichtet. L. wählte als Versuchsobject in dieser Richtung die Cholerabacillen, unter Herstellung von Nährböden, der den natürlichen Choleradejectionen so nahe wie möglich kam. Als solcher eignet sich vorzüglich: gekochtes und schwach alkalisch gemachtes Fleischwasser. Die Versuche ergaben, dass selbst der Zusatz von nur 10 cc 20procentiger Kalkmilch zu einem halben Liter der künstlichen Choleradejectionen hinreichte, um

völlige Desinfection zu bewirken und zwar wahrscheinlich schon innerhalb weniger Stunden, jedenfalls aber im Laufe eines Tages. Auch der Zusatz von nur 2 Gramm pulverisirten Aetzkalkes genügte, um $^1/_2$ Liter genannter Dejectionen innerhalb $3^1/_2$ Stunden völlig zu desinficiren, desgleichen von 10 Gramm rohen, gebrannten Kalkes in Stücken, um innerhalb 5 Stunden alle vorhandenen Cholerakeime in $^1/_2$ Liter Dejectionen dauernd zu vernichten.

Das Ergebniss dieser höchst bedeutsamen Versuche, die unter den Augen R. Koch's vorgenommen wurden, fasst L. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Eine wässerige Kalklösung von 0,0074 bezw. 0,0246 Procent ist schon im Stande, im Laufe einiger Stunden, die erstere Typhus-, die letztere Cholerabacillen dauernd zu vernichten.

2. Cholera-Bouilloncultureu, welche zahlreiche Eiweissgerinnsel enthielten und ihrer physikalischen Beschaffenheit nach für die Kalkwirkung ein wohl ebenso ungünstiges Terrain wie natürliche Choleradejectionen darboten, wurden gleichfalls im Laufe weniger Stunden durch Zusatz von 0,4 Procent reinen Aetzkalkes bezw. 2 Procent rohen gebrannten Kalkes in Stücken dauernd und vollständig desinficirt.

3. Diese auch unter erschwerenden Umständen nicht versagende Wirkung des Kalkes kam am energischsten zur Geltung, wenn derselbe als pulverisirter reiner Aetzkalk, oder als aus letzterem bereitete 20procentige Kalkmilch angewandt wurde.

Weitere Versuche mit echten Typhus- und Choleradejectionen werden nachzufolgen haben, ebenso darüber, in welcher Form der Kalk bei seiner Anwendung die desinficirende Wirkung am schnellsten und sichersten äussert, ferner ob die dabei stattfindende Ammoniakentwicklung so lästig ist, dass ihre Beseitigung wünschenswerth erscheint u. s. w. Dabei würde auch die Frage, ob schon im Darm Typhuskranker Sporenbildung stattfindet und ob diese Sporen wesentlich resistenter als die Bacillen sind, berücksichtigt werden müssen. Vorausgesetzt, dass der Kalk doch unter solchen Umständen sich als genügend wirksam erweist, stiesse die praktische Ausführung der Desinfection auf keine erheblicheren Schwierigkeiten, als bei jedem andern Desinfectionsmittel: in die zur ersten Aufnahme der Dejectionen bestimmten Gefässe wäre eine gewisse Menge gepulverten Aetzkalkes oder die entsprechende Quantität starker Kalkmilch zu schütten, wobei freilich nach erfolgter Benützung des Gefässes der Inhalt wenigstens einmal gut umgerührt werden müsste. Falls man zum Umrühren Holzstäbchen verwenden will, wären dieselben nach der Benützung zu verbrennen.

Da wahrscheinlich eine mehrstündige Einwirkung des

Kalkes erforderlich ist, um die Infectionskeime sicher zu zerstören, so würde man gut thun, namentlich in Choleraspitälern und sonstigen Krankenhäusern grössere, wo möglich metallene oder irdene Gefässe bereit zu halten, in welche der Inhalt der Nachtgeschirre nach Massgabe der Umstände mehrmals täglich entleert werden müsste, um dort etwa 24 Stunden lang aufbewahrt zu werden und dann als unschädlich den Weg aller Abfallstoffe zu gehen. In diese Sammelgefässe könnte man zur grösseren Sicherheit täglich noch etwa 1 bis 2 Pfd. rohen gebrannten Kalkes in Form eines groben Pulvers schütten, wobei der Inhalt gleichfalls einige Male am Tage stark umgerührt werden müsste.

Nach den Angaben von Lebert schwankt während des Choleraanfalls die Zahl der Ausleerungen zwischen 3 und 20 und übersteigt selten 10 bis 12. Die Menge der jedesmaligen Ausleerungen soll 120 bis 180 Gramm betragen, im Ganzen also durchschnittlich 1500 bis 2000 Gramm, wobei freilich die erbrochenen Massen nicht mit in Rechnung gezogen sind; doch bleiben sie der Quantität nach weit hinter den Ausleerungen zurück. Auch enthält das Erbrochene bekanntlich nur in seltenen Fällen Cholerabacillen. Nach dieser Berechnung wäre es hochgegriffen, wenn wir per Kopf und Tag 3 Kilogramm Auswurfstoffe annähmen, die desinficirt werden müssten. Falls sich nun die Thatsache, dass in den obenerwähnten künstlichen Choleradejectionen 0,4 Procent Aetzkalk ausreichte, um in wenigen Stunden alle vorhandenen Cholerakeime zu vernichten, auch für natürliche Choleradejectionen bestätigen sollte, so wären zur völligen Desinfection von 3 Kilogramm Auswurfstoffen etwa 12 Gramm Aetzkalk erforderlich. Das Calcium oxydatum purissimum oder die sogenannte Marmora usta kostet per Kilogramm 50 — 70 Pfennig; in grösseren Quantitäten bezogen ist das Präparat noch erheblich billiger: 100 Kilogramm würden aber ausreichen, um 250 Kilogramm, d. h. die täglichen Auswurfstoffe von ungefähr 80 Cholerakranken zu desinficiren. Sollte sich bei weiteren Untersuchungen die Nothwendigkeit eines Zusatzes von Chlormagnesium herausstellen, so würde nach den Angaben von Hausmann Chlormagnesium in 10 Mal geringerer Quantität als die angewandte Kalkmenge genügen, um jeder Ammoniakentwickelung vorzubeugen. Da das reinste Chlormagnesium nicht oder nur unerheblich theurer als der Aetzkalk ist, und da ferner der Preis eines Hektoliter rohen gebrannten Kalkes in Cementfabriken $1^1/_2$ Mark beträgt, so würde die Desinfection der täglichen Auswurfsstoffe eines Cholerakranken etwas weniger als 1 Pfennig kosten.

II. Medicin.

Zur Kenntniss der fieberhaften Gelbsucht. Von Prof. Nauwerk in Tübingen. (Münchner med. Wochenschr. 1888. 35.) Im Jahre 1886 hat Weil*) im Deutschen Archiv für klinische Medicin, Band 39, über eine eigenthümliche, mit Milztumor, Icterus und Nephritis einhergehende acute Infectionskrankheit berichtet, und seitdem ist von Goldschmidt, Wagner, Fiedler und Anderen über dieses Morbus sui generis. über die »Weil'sche Krankheit«, über dahin gehörige Fälle meist Zustimmendes bekannt gegeben worden. Nauwerk veröffentlicht zwei Fälle, von denen der erste klinisch betrachtet, eine fieberhafte Krankheit zeigt, sofort unter schwererem Bilde einsetzt, am ersten Tage unter 40° C. hochgradigen Icterus am ganzen Körper bekommt, am zweiten Tage Milzvergrösserung unter Sinken der Temperatur; es treten zugleich profuse Schweisse auf, starke Salivation, Coma, stertoröse Respiration, am dritten Tage Tod. — Erbrechen und Diarrhoe fehlen. Dem entsprechend ergibt die Section die Haut icterisch, Lunge und Herz normal, die Leber zeigt das Bild ähnlich der acuten gelben Leberatrophie, in der Niere sind die Epithelien der gewundenen Harncanälchen fast durchweg albuminös oder fettig entartet, die Glomeruli fast unverändert, im Kapselraum nicht selten körnige Massen. Im Dünndarm, und zwar besonders in den mittleren Abschnitten, finden sich spärliche, kleine, rundliche, oberflächliche Geschwüre, geschwellte Solitärfollikel und Peyer'sche Platten, nirgends Typhusbacillen. Die obersten Lagen der infiltrirten Submucosa sind necrotisch. Im Wesentlichen handelt es sich also hier um einen Fall der Weil'schen Krankheit in ihren wesentlichen Zügen, das Bestehen einer Nephritis wird durch die Section erwiesen, die Abwesenheit von Spaltpilzen, die diffuse Ausbreitung der Entartung lässt eine Intoxicationswirkung (durch Ptomaine) annehmen.

Ein zweiter Fall erkrankte ebenfalls plötzlich unter 41,2° C., am dritten Tage tritt Erbrechen auf, später Diarrhoe, Icterus ohne Lebervergrösserung, am vierten Tage erscheint Lebervergrösserung (keine Milzvergrösserung), der Urin wird eiweisshaltig, Erbrechen und Diarrhoe bestehen fort, nach abermals zwölf Tagen erfolgt der Tod. Die Zugehörigkeit auch dieses Falles zur Weil'schen Krankheit scheint gerechtfertigt. Die Erkrankung tritt fieberhaft auf, acut unter Frieren, Patient ist ein Metzger. Nach Fiedler waren unter zwölf seiner männlichen Kranken 9 Fleischer, das Krankheitsbild setzt sofort schwer ein, die Pulszahl ist hoch, starke Schweisse sind gleichfalls vorhanden, am 3. Tage starker Icterus, zugleich Erbrechen, vom 6. Tage an Diarrhoe, am 7.

*) Conf. »Der prakt. Arzt« 1886 S. 223.

Tage Lebervergrösserung, später Milzschwellung, Albuminurie, am 16. Tage hierzu Roseola, am 18. Tod. Die anatomischen Befunde in Leber und Nieren sind ähnlich denen des ersten Falles, gekennzeichnet als gleichmässig über das ganze Organ verbreitete, albuminoide, fettige und necrotische Entartung des Parenchyms. Die Degeneration ist begleitet von einer herdweisen Entzündung, welche mit Eiterung nichts zu schaffen hat; sie ist eine plastische, und hat in der Leber zu Bindegewebswucherung geführt. Spaltpilze sind nicht nachweisbar. Darmveränderungen waren im zweiten Falle nicht vorhanden. Möglich, dass die unstreitig vorhandene Weil'sche Species der anatomischen und vielleicht auch ätiologischen Einheit entbehrt.

(Med.-chir. Rundschau.)

Ueber traumatische Neurosen. Von Prof. Dr. Adolf Strümpel. (Berliner Klinik, Heft 3.) (Referat von Dr. Carl Schneider in Moskau.) Verfasser unterscheidet 2 Gruppen von Neurosen, die, nach meist local einwirkenden Traumen auftretrende — örtlich traumatische Neurose und das verwickelte Symptomenbild, das in Folge einer starken Erschütterung des ganzen Körpers entsteht — allgemein traumatische Neurose. Bei der letztern Form ist das psychische Verhalten massgebend. Die psychische Störung bei den Kranken mit traumatischer Neurose trägt vorzugsweise den Character der melancholischen, meist hypochondrischen Verstimmung. Die Kranken sind sich ihrer Stimmung bewusst und klagen selbst darüber. Sie leiden unter dem Gefühl der Willenschwäche und Energielosigkeit. Alles regt sie auf, besonders die Erinnerung an die Ursache ihres jetzigen Zustandes. Die stete Erregbarkeit hat Schlaflosigkeit zur Folge. Später tritt Gedächtnissschwäche und bei schweren Fällen auch ein gewisser Grad geistiger Schwäche hinzu. Ausser diesen psychischen Symptomen, zeigen sich Störungen der sensoriellen Functionen, vor allem Anaesthesien. Schon subjectiv werden Klagen über Abnahme der Sinnesleistungen vorgebracht; noch beweisender ist die genaue objective Untersuchung. Die Haut zeigt partielle Empfindungslähmung, besonders der Mangel an Schmerzempfindlichkeit für tiefe Nadelstiche kann auffallend ausgesprochen sein, während leichte Hautreize noch gut wahrgenommen werden. Diese abnorm reagirenden Hautstellen sind nicht an den Verlauf gewisser Nerven gebunden, sondern ganz regellos vertheilt. Ebenso zeigen die anderen Sinne Abweichungen, die, von den durch pathologisch-anatomische Veränderungen hervorgerufenen, vielfach verschieden sind und dadurch praktisch bei der Beurtheilung des Falles Bedeutung gewinnen.

Hyperaesthesien treten an den getroffenen Körpertheilen auf; subjectiv sind Kopf- und Rückenschmerzen bemerkens-

werth und ist die Empfindlichkeit des Kopfes gegen Beklopfen gesteigert. Auch Störungen der Motilität stellen sich in der Regel ein. Wo locale Symptome fehlen, ist bei der allgemeinen Neurose eine allgemeine Muskelschwäche oder richtiger eine Schwäche der willkürlichen Innervation wohl die häufigste Erscheinung. Kräftige Männer sind nicht zu den kleinsten Kraftäusserungen fähig. Der Händedruck ist schwach, der Gang langsam. Hat ein Trauma z. B. auf den Rücken eingewirkt, so bleibt dieser dauernd schmerzhaft, in erhöhtem Grade bei Bewegungen. Beim Gehen wird sodann der Rücken steif gehalten und jede Verbiegung der Wirbelsäule vermieden.

Als motorische Reizungserscheinungen sind das Zittern, die Muskelspannung und Muskelsteifigkeit zu betrachten, die allgemeine und locale Neurosen begleiten und wie Verfasser sich ausdrückt, als Folge einer unbewusst willkürlichen Innervation, nicht einer directen oder reflectorischen Contractur anzusehen sind.

Von der melancholisch-hypochondrischen Gemüthsstimmung lassen sich die Störungen der vegetativen Functionen, die Abnahme der Ernährung, der Mangel des Appetits, die nervöse Dyspepsie, Obstipation und die Verminderung des Geschlechtstriebes ableiten.

Zur Erklärung des ganzen Krankheitsbildes wird die im Moment des körperlichen Unfalles eintretende heftige psychische Erregung »psychisches Trauma« verwerthet. Das bald zum Bewusstsein kommende Gefühl der Beschädigung mit ihren Folgen — die Unfähigkeit sich ferner die Existenzmittel zu erwerben — thut das ihrige, die Aufmerksamkeit des Kranken auf seinen Zustand zu concentriren, was bei seiner psychischen Erregbarkeit zu einem Depressionszustand führt, der aber nur bei einem durch Erschütterung veränderten Gehirn als wohlcharacterisirtes Krankheitsbild der allgemeinen traumatischen Neurose bleiben wird.

Praktisch wichtig ist, dass auch in Fällen, wo materielle Verluste im Anfang nicht mitspielen, ein ebensolches Bild sich herausbildet.

Die Prognose dieser Folgezustände von Traumen scheinen ungünstig zu sein. Die beste Pflege ändert entweder gar nichts daran oder es treten sogar noch im Laufe der Zeit Verschlimmerungen ein. Dass neben dieser Form allgemeiner traumatischer Neurose auch wirkliche grobe Läsionen des Rückenmarks und Gehirns mit den aus ihnen resultirenden Erscheinungen vorkommen, ist durch die Erfahrung festgestellt und in diagnostischer und praktischer Hinsicht an sich und dem Simulanten gegenüber von grosser Bedeutung, obgleich die Nervenärzte längst wissen, dass die ausgesprochene t matische Neurose, wo immer sie auftritt, stets dasselbe

characterisirte Bild zeigt, und den Glauben an Simulation nicht gut aufkommen lässt. Bei den localen traumatischen Neurosen handelt es sich nicht um Erschütterung des ganzen Körpers, sondern um nicht erhebliche Verletzungen, wie Contusionen eines Körpertheils, meist einer Extremität. Die anfangs bestehende Schmerzhaftigkeit schwindet, aber es kommt nicht zum vollständigen Ausgleich der Störungen, sondern es entwickelt sich ein complicirter nervöser Symptomencomplex. Die häufigste Erscheinung ist eine starke Hyperaesthesie des befallenen Gliedes bei passiven Bewegungen, bei Druck oder sogar bei der leisesten Berührung. Ohne jede Contractur ist die Haltung des Gliedes eine eigenthümliche, steife und gezwungene, jeder Versuch das Glied passiv zu bewegen, bringt heftige Schmerzensäusserungen hervor. Zuweilen bezieht sich die Hyperaesthesie nur auf die tieferen Theile, während die Haut ganz anaesthetisch ist.

Die Motilitätsstörungen können für sich bestehen oder mit Sensibilitätsstörungen verbunden sein. Leichte Grade treten in Form von Steifigkeit und Ungelenkigkeit auf. Die Muskelsteifigkeit hängt wahrscheinlich von unbewusst eintretender willkürlicher Muskelspannung zu völliger Contractur und Muskelrigidität, so dass fast jede active und passive Bewegung unmöglich wird. Dies kommt namentlich an den unteren Extremitaten vor. Die Bewegungsstörungen der oberen Extremitäten tragen eher das Bild der schlaffen Lähmung, verbunden mit Anaesthesie der Haut.

Die die allgemeine traumatische Neurose characterisirende melancholisch-hypochondrische Stimmung fehlt hier ganz.

Die locale traumatische Neurose deutet entschieden auf eine functionelle Störung und hat viel Uebereinstimmung mit den hysterischen Erkrankungen, d. h. solchen, die auf einer Lockerung des psychischen und körperlichen Gebietes beruhen. Worin die Lockerung zwischen dem psychischen und körperlichen Gebiete besteht, welche den hysterischen Symptomen zu Grunde liegen, ist unbekannt.

Die Prognose der localen traumatischen Neurose ist günstiger, als die der allgemeinen. Die beste Prognose geben die örtlichen Contracturen, besonders bei Kindern. Wichtig ist die psychische Behandlung; Electricität, Massage und Hydrotherapie sind nur als ihre Hilfsmomente zu betrachten.

III. Chirurgie-, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Zur Behandlung offener, inoperabeler Carcinome durch künstliche Ueberhäutung. Unter den mannigfachen Beschwerden, welche vorgeschrittene Carcinome der äusseren Theile machen, stehen diejenigen im Vordergrunde, welche

mit der Ulceration der Neubildung und der mehr oder weniger starken Absonderung zusammenhängen. Für viele Kranke fängt ihr Leiden überhaupt erst dann an, »der Krebs« zu sein, wenn der Aufbruch erfolgt ist, und nicht selten ist es allein oder doch in erster Linie die Jauchung, welche den Gegenstand der Klagen jener Unglücklichen bildet. In vielen Fällen sucht man sich durch palliative Operationen, Ab- und Ausschabungen der zerfallenen Krebsmassen mit oder ohne nachfolgende Cauterisation zu helfen. Freilich verstösst man damit gegen den im Allgemeinen gewiss richtigen Grundsatz, welcher jeden operativen Eingriff bei einem Carcinom verbietet, wenn er nicht mit Aussicht auf radicale Entfernung alles Krankhaften ausgeführt werden kann. Allein, wer auch nur einmal gesehen hat, welchen Dienst man beispielsweise einem Kranken mit stark jauchendem Mastdarmkrebse durch eine Ausschabung leisten kann, wie man seinen Zustand manchmal ganz wesentlich und sogar auf längere Zeit hinaus bessert, der wird den Palliativoperationen an carcinomatös erkrankten Theilen sicher nicht ohne Weiteres jede Berechtigung absprechen wollen.

Zu den operativen Eingriffen, durch welche man bei unheilbaren Krebsen seinen Kranken einen erheblichen, wenn auch naturgemäss nur temporären Nutzen bringen kann, gehören nach Kraske diejenigen, welche zum Zwecke haben, die Geschwürsfläche mit Haut zu bedecken, und so den »Cancer apertus« wieder in einen »occultus« zu verwandeln. Man kann diesen Zweck, wie Prof. Kraske in der Nr. 1 d. J. der Münchener medicinischen Wochenschrift versichert, in sehr einfacher Weise dadurch erreichen, dass man nach Abtragung der Geschwürsfläche mit dem scharfen Löffel oder besser mit dem Messer einen oder, wenn es sich um sehr ausgedehnte Ulcerationen handelt, zwei gestielte Lappen aus der gesunden Haut der Nachbarschaft auf die carcinomatösen Flächen aufsetzt und durch einige Nähte in ihrer neuen Lage fixirt. Wenn man die zerfallenen Massen des Geschwürs wirklich vollkommen entfernt hat, so dass eine frische Schnittfläche des Carcinoms vorliegt, und wenn die Operation unter strengen antiseptischen Cautelen gemacht ist, so kann man darauf rechnen, dass der Lappen in der ganzen Ausdehnung prima intentione auf die krebsige Wundfläche aufheilt. Er heilt um so sicherer auf, je mehr das bindegewebige, gefässführende Stroma in der Geschwulst entwickelt ist; aber auch bei den weichen, sehr zahlreichen Krebsen scheint die Anheilung gewöhnlich mit Leichtigkeit zu erfolgen. Die secundären, durch die Lappenbildung gesetzten Defecte heilen durch Granulation oder können durch Hautüberpflanzungen nach Thiersch's Methode rasch zur Ueberhäutung gebracht werden.

K. theilt die Geschichte zweier Fälle mit, in denen es

am vollkommensten gelungen ist, das gewünschte Resultat zu erreichen.

Es gelingt sogar, Hautstückchen, die aus entfernten Körpertheilen entnommen sind, auf die carcinomatöse Fläche zu transplantiren und anzuheilen. So wurde bei einer Patientin mit einem schon seit zwei Jahren bestehenden, stark schrumpfenden Carcinom der linken Brust diese Methode versucht. Der Tumor, in der Ausdehnung eines kleinen Handtellers ulcerirt, sass unbeweglich auf der Brustwand fest, so dass, zumal da in der Umgebung des Geschwürs zahlreiche Hautknötchen vorhanden waren, von einer radicalen Operation keine Rede sein konnte. Da eine Deckung des Geschwürs durch einen Hautlappen wegen der Erkrankung der benachbarten Haut nicht möglich schien, so trug K. mit einem auf die Fläche gekrümmten Messerchen das Geschwür ab und bedeckte die krebsige Wundfläche mit Hautstückchen, die dem Oberarm der Kranken entnommen waren. Die überpflanzten Hautstücke sind sämmtlich angeheilt, so dass die Kranke fünf Wochen nach der kleinen Operation, an Stelle des Geschwürs ein Carcinom hatte, welches nicht mehr absonderte und welches ihr auch sonst wenig Beschwerden machte. Ob die Anheilung aus entfernten Körpergegenden entnommener Hautstückchen auch bei anderen Formen des Krebs gelingt, ob also Thiersch's Methode der Hautüberpflanzung eine allgemeinere praktische Bedeutung auch für die künstliche Ueberhäutung ulcerirter inoperabler Carcinome gewinnen wird, müssen weitere Erfahrungen lehren.

Zur Casuistik der penetrirenden Unterleibswunden. Netzvorfall. (Originalmitthlg. von Dr. Obmann in Bischofsheim a. Rhön.) Ich wurde im Frühjahre Nachts zu einem etwa 16 jährigen Jungen einer Schnitzschule gerufen, der gegen 6 Uhr Abends von einem Kameraden mit einem Schnitzmesser in den Unterleib gestochen worden war. Bei der Untersuchung zeigte sich etwas links vom Nabel, gegen Unten und Aussen, eine Bauchwunde, aus welcher ein Stück Netz heraushing; dasselbe hatte die Form einer Zunge, Farbe der Nierenoberfläche, war sehr blutreich, hatte etwa die Länge eines Mittelfingers und war durch die Dauer der Zeit, sowie durch die eigenartige Beschaffenheit des verletzenden Instrumentes incarcerirt. Nachdem ich dasselbe gehörig unter antiseptischer Behandlung gereinigt und gewärmt hatte, zeigten sich alle Versuche der Reposition in die Bauchhöhle vergebens, da die innere Bauchwunde, entsprechend dem keilförmigen Schnitzmesser, kleiner war, als die äussere. Da ich bei Nacht und schlechter Beleuchtung von einer Erweiterung der Wunde absah, unterband ich das vorgefallene Netzstück, möglichst weit hinten, gegen die Bauchhöhle zu, mit Carbolseide, schnitt den vor der Li-

gatur befindlichen Theil ab und schob dann den unterbundenen Theil, selbst verständlich überall antiseptisches Verfahren im Auge behaltend, wieder in die Bauchhöhle zurück, legte die nöthigen Nähte an, sowie entsprechenden Verband. Die Heilung erfolgte in 3 Wochen; die Ligaturfäden stiessen sich am 19. Tage ab. Die Wunde heilte hügelförmig, ähnlich einem Maulwurfshaufen.

Ueber die künstliche Steigerung des Knochenwachsthums beim Menschen. Von Dr. Schüller. (Sitzung der Berlin. med. Gesellsch. v. 28. Nov. 1888. — Deutsche med. Wochenschr. 1888. 49.) Helferich gab auf dem letzten Chirurgencongresse eine Methode an, die darin besteht, dass durch Anwendung eines elastischen Gummischlauches eine künstliche Stauung in dem betreffenden Gliede hergestellt und dadurch auch eine stärkere Ernährung des Knochens erzielt wird. Er verwandte dieses Verfahren bei Fracturen mit verzögerter Consolidation, dann zur Lösung von Sequestern bei Necrosen und, in letzteren Fällen ziemlich resultatlos, bei zurückgebliebenem Knochenwachsthum nach essentieller Kinderlähmung. Schüller hat nun die Compression mittelst eines elastischen Schlauches adoptirt, aber mit einer bestimmten localen und allgemeinen diätetischen Behandlung und in einigen Fällen mit operativen Massnahmen combinirt. Der Schlauch wird zunächst oberhalb der betreffenden Stelle um das Glied herumgelegt, und zwar so, dass der Druck nur auf die Venen geübt wird, der Zufluss des arteriellen Blutes dagegen frei ist. Daneben hat Sch. das Glied massiren lassen, in der Weise, dass die Blutzufuhr nach dem Gliede wesentlich vermehrt wurde, ferner lässt er die Patienten gehen, die betroffenen Glieder gebrauchen, bestimmte Turnübungen machen und regulirt ihre Ernährung durch genaue Diätvorschriften, welche auf eine kräftige Ernährung, möglichste Kalkzufuhr und thunlichste Einschränkung der Milchsäurebildung gerichtet sind, und endlich lässt er regelmässig baden. Mit diesem Verfahren hat er einige ausgezeichnete Erfolge erzielt. In anderen Fällen wurde dasselbe mit dem Einbringen eines vernickelten Stahlstiftes combinirt, so in dem Falle einer 16jährigen Patientin, die in ihrem dritten Lebensjahre an essentieller Kinderlähmung litt, nach welcher eine Parese beider unteren Extremitäten zurückblieb. Der rechte Unterschenkel war 3 Cm. im Körperwachsthume zurückgeblieben, der rechte Fuss, der überdies hochgradig-schlotterig im Fussgelenke stand, hatte die Grösse eines Kinderfusses. In Narcose wurde unter strengster Asepsis der 2 Mm. starke Stift in der unteren Tibiadiaphyse schräg gegen den Intermediärknorpel zu eingebracht; Gypsverband; nach acht Tagen wurde der Stift entfernt, ein einfacher Schienenverband angelegt und die

geschilderte Behandlung eingeleitet. Nach zwei Monaten war eine Verlängerung der Tibia um 1,7 Cm. nachzuweisen, der Fuss ist länger und breiter geworden, mit der Tibia ist die Fibula gleichzeitig gewachsen, der Fuss schlottert nicht mehr, was wohl auf die Nachbehandlung zurückzuführen ist.

Ueber Haarkuren. Im Decemberheft der Therap. Monatshft. hält Lassar die schon früher von ihm ausgesprochene Ansicht aufrecht, dass die beiden Hauptformen der Alopecie, die A. areata und die A. praematura furfuracea parasitären Ursprunges seien und beschreibt seine auf diese Aetiologie sich gründende Therapie, die ihm sehr günstige Resultate ergab:

Man lasse durch geübte Hand in den ersten 6—8 Wochen täglich, später seltener den Haarboden durch etwa 10 Minuten seifen und zwar am besten mit einer stark theerhaltigen z. B. der Berger'schen Theerseife. Auch kann man folgende zur Reinigung der Kopfhaut sehr dienliche Seifenmischung herstellen lassen:

1 St. Krankenheil-Seife Nr. 2 und
1 St. Cocos-Seife

werden fein zerrieben, mit je einem Esslöffel Soda und Pottasche gemischt und dann in einem Litter Rosenwasser gelöst.

Nach gründlicher Einschäumung der Kopfhaut — das Haar wird zu diesem Zweck in möglichst viele Scheitel zerlegt — wird die Seife mittelst eines Irrigators oder einer kleinen Giesskanne erst mit lauem, dann mit kühlem Wasser sorgsam abgespült. Diese kalten Waschungen härten die Kopfhaut des gegen Erkältungen gewöhnlich sehr empfindlichen Alopecie-Patienten in erfreulicher Weise ab. Nach leichtem Trocknen wird der Kopf nun frottirt mit:

Rp. Sol. Hydr. bichl. 0,5:150,0
Glycerini
Spirit. colon. aa. 50,0.
M. S.

sodann trocken gerieben mit absolutem Alkohol, dem $^1/_2$ Proc. Naphtol zugesetzt ist, und dann

Rp. Acid. salicyl. 2,0
Tinct. benz. 3,0
Ol. pedum tauri ad 100,0.
M. S.

möglichst reichlich in die jetzt ganz entfettete Haut eingerieben.

Dieses Verfahren schliesst in systematischer Weise die Berücksichtigung aller Indicationen in sich. Alle Adhärenzen werden mit der Seifung entfernt, die Sublimatmischung wird in dieser Form von den Mündungen der Haarfollikel gern angenommen, der Alkohol trocknet, entfettet und desinficirt,

das Salicylöl endlich wird von allen Poren begierig aufgesogen und kann im Innern der Drüsengänge seine Wirkung zur Geltung bringen. Wendet man diese Procedur Tag für Tag an, so wird man in weitaus der Mehrzahl der Fälle ein günstiges Resultat erzielen. Selbstverständlich kann es sich bei Alopecia praematura nur an den Stellen um Erfolge handeln, wo der Process und soweit derselbe noch nicht mit Zerstörung der wachsthumsfähigen Elemente abgelaufen ist. Aber auch dann hört das Jucken, die abnorme Schuppenbildung, die Schmeerbildung bald auf und die bis dahin haufenweise ausgehenden Haare beginnen bereits nach wenigen Wochen festeren Halt zu gewinnen. Der Status quo wenigstens bleibt erhalten. Im Beginn des Haarschwunds aber, zumal bei ganz jungen Leuten ist der Nutzen der Cur ein viel weitergehender. Namentlich bei Mädchen und Frauen ist dieselbe dankbar. Aus dem starren, strähnigen, glanzlosen Haar wird wieder ein biegsames und elastisches Gebilde. Zu vielen Hunderten schiessen junge, lebenskräftige Neu-Haare hervor und machen alle Voraussetzungen von der Nutzlosigkeit einer Haarbehandlung zu nichte.

Hartnäckigen Fällen gegenüber fehlt es nicht an weiteren Hülfsmitteln. Vor Allem kann man das Sublimat, dem eine fast specifische Wirkung in Bezug auf das Haarwachsthum zuzutrauen ist, mehrmals täglich anwenden. Offenbaren Nutzen gewährt folgende Zusammensetzung:

Rp. Acid. carbol. 1,0
Sulf. sublim. 5,0
Adip. colli equini ad 50,0.
Mf. Ugt. Adde Ol. Berg. gtt. X. D. i. oll. vitrea aperta.
S. flüssige Pomade.

Ganz augenscheinlicher Weise wirkt auch vorsichtige Anwendung von Terpenthin, entweder als Oel, anfangs mit gleichen Theilen indifferenten Oels versetzt oder in Mischung mit verdünntem Spiritus. — Nach den ersten Mittheilungen von Schmitz hat Lassar immer wieder zum Pilocarpin und anderen Schwitzcuren gegriffen und kann den Erfolg derselben nicht in Abrede stellen. Auch in Spiritus oder als Pomade:

Rp. Pilocarpini muriatici 2,0
Vaselin. flavi 20,0
Lanolini 80,0
Ol. Lavand. gtt. XXV.

wirkt das Pilocarpin fördernd auf den Haarwuchs. Dass ebenso in dem altbekannten Zusatz von Perubalsam zu Haarpomaden lediglich das Antiparasitäre von Bedeutung sei, ist nach alledem wahrscheinlich, und eine Zusammensetzung von:

Rp. Pilocarp. muriat. 2,0
Chinin. muriat. 4,0

Sulf. praecip.	10,0
Balsam peruvian.	20,0
Medull. bovin. ad	100,0

stellt eine zwar theure, aber empfehlenswerthe Haarsalbe dar. Allerdings sind alle fettigen Einreibungen stets, bevor sie sich ranzig zersetzen, durch Seifewaschungen wieder zu entfernen und umgekehrt jeder Seifcur eine nachherige Einfettung nachzuschicken, damit Sprödigkeit der Kopfhaut von vornherein verhütet werde. Endlich ist noch der Theer zu erwähnen, dessen Nützlichkeit in Form von Theerbädern bei allen stürmisch-progressiven Fällen auf das Deutlichste die eventuelle Bedeutung einer antiparasitären Behandlung darthut.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung und Perforation bei zu engem Becken. Von Dr. Leopold.*) Zu den erfreulichsten Fortschritten, welche unsere Zeit in der Geburtshilfe zu verzeichnen hat, gehören die Verbesserungen, welche die Sectio caesarea erfahren hat. Die hohe Gefahr dieser Operation hatte Porro zu der nach ihm benannten Methode geführt, zur Entfernung des Uterus mit seinen Anhängen nach ausgeführtem Kaiserschnitt. Nur eine geringe Zahl von Jahren jedoch ist die Porrooperation die zumeist übliche Methode des Kaiserschnittes gewesen. Heute ist sie wieder verdrängt durch die wesentlich von Sänger eingeführten Verbesserungen des alten, conservirenden Kaiserschnittes. Seit wir gelernt haben, den letzteren seiner Hauptgefahren (Infection, Blutung, Uebertritt von Lochien in die Bauchhöhle) durch strenge Asepsis und planvolle Methodik der Operation (vor Allem exacte Uterusnaht) zu entkleiden, ist er wieder die Normalmethode geworden. Die Porrooperation ist jedoch auch nicht mehr, wie es eine Zeit lang der Fall war, die Concurrenzoperation des conservirenden Kaiserschnittes, sondern sie bleibt nur für bestimmte Fälle (z. B. bei bereits inficirtem Uterus) reservirt. Der conservirende Kaiserschnitt hat eine solche Sicherheit erlangt, dass er auch bei relativer Indication, zur Rettung des Kindes vielfach ausgeführt wird. Immerhin steht die Frage über die Indication zum Kaiserschnitt wegen relativer Indication, vor Allem bei engem Becken, noch zur Discussion. Die übrigen bei dieser Frage in Berücksichtigung zu ziehenden operativen Verfahren sind die künstliche Frühgeburt, Perforation und Wendung nebst Extraction. Es bedarf einer sorgfältigen Abwägung der Erfolge aller dieser Verfahren, um zu endgültigem Resultat zu gelangen.

*) Stuttgart, Enke 1888.

Einen werthvollen Beitrag zu dieser Frage liefert die vorliegende von Leopold und seinen Assistenten, Korn, Löhmann und Präger, verfasste Arbeit. Das grosse Material des Dresdener Entbindungsinstituts, welches eine grosse Zahl von engen Becken aufweist, ist in derselben verwerthet worden. Die in einem Zeitraum von 4 Jahren hier ausgeführten Kaiserschnitte, Perforationen, künstlichen Frühgeburten und Wendungen bei engem Becken werden mitgetheilt. Die Zusammenstellung schwerer geburtshülflicher Operationen bei engem Becken in so grosser Zahl muss unser Interesse in Anspruch nehmen.

Korn berichtet über 45 Fälle künstlicher Frühgeburt wegen Beckenenge, welche unter der Zahl von 5875 Geburten vorkamen. 44 Fälle genasen (darunter 35 bei vollkommen fieberfreiem Wochenbett), 1 Frau starb an Sepsis (2,2%). 30 Kinder wurden lebend aus der Anstalt entlassen. Ein schädlicher Einfluss frühzeitigen Blasensprunges war nicht zu erkennen. Bei einer Conjugata vera unter 75 mm waren die Erfolge für die Kinder schlechte; gute dagegen bei einer Conjugata über 75 mm (79% lebende Kinder). 28 Mehrgebärende hatten bei früheren Geburten 38,3% lebende Kinder; bei denselben Frauen erzielte die künstliche Frühgeburt 71,4% lebende Kinder. Eine Zusammenstellung künstlicher Frühgeburten bei engem Becken aus verschiedenen Kliniken gab 401 Fälle mit 2,9% Mortalität. Die in der Klinik geübte Methode war die Krause'sche (Einführung von Bougies). Dabei kam es nie bei der Einführung zu starker Blutung. Es wurde stets versucht, durch äussere Untersuchung den Sitz der Placenta zu bestimmen, um dieselbe bei der Einführung vermeiden zu können. Ist die Hauptvorwölbung des Uterus nach vorn von den getasteten Tubenecken, so sitzt die Placenta vorn und umgekehrt.

Das Endergebniss lautet: Bei allgemein verengten, platten Becken bis 75 mm Conj. vera, bei platten Becken bis 70 mm Conj. vera ist die künstliche Frühgeburt in der 32. bis 36. Woche indicirt. Kommen bei gleichen Becken die Frauen erst am Ende der Schwangerschaft zur Beobachtung, so gelangen, falls die volle Wirkung der Naturkräfte ausbleibt, Wendung und Extraction oder Zange oder Perforation in Frage, der Kaiserschnitt nur, wenn die Rettung des Kindes bestimmt von den Angehörigen verlangt wird, nachdem die Gefahren der Operation bekannt gegeben sind, welche trotz der Verbesserung des Kaiserschnittes doch noch grösser sind, als die der übrigen Entbindungsverfahren. Bei stärkeren Beckenverengerungen soll man sich aber um so eher zur Sectio caesarea entschliessen, als durch keine andere ungefährlichere Operation ein lebendes Kind erzielt werden kann.

Löhmann berichtet über 83 Fälle von innerer Wendung.

4 Infectionsfälle kamen vor (ohne Todesfall); 4 Todesfälle waren bedingt durch Eklampsie (2) und Verletzungen (2). 55 Kinder wurden lebend entwickelt (72,4 %). 70 Fälle betreffen enge Becken; 41 Kinder wurden lebend entlassen (64 %). Die Resultate für die Kinder waren um so schlechter, je mehr sich die Form des Beckens der allgemein verengten näherte. Es ergab sich, dass bei platten Becken bis zu 70 mm Conj. vera, bei allgemein verengten, platten bis zu 75 mm Conj. vera, bei allgemein verengten bis zu 85 mm Conj. vera die Wendung mittelgrosser, reifer Kinder gute Erfolge verspricht. Bei diesen Becken mittlerer Enge soll möglichst abgewartet werden. Vom Kaiserschnitt soll im Allgemeinen abgesehen werden und bei ungünstigem Ausgang für das Kind das nächste Mal die Frühgeburt künstlich eingeleitet werden.

Präger macht Mittheilung über 71 Fälle von Kraniotomie. Bei lebendem Kind wurde die Perforation 34 mal (47,9 %) gemacht, und zwar wenn baldige Entbindung zur Rettung der Mutter nothwendig war, aber wegen zu starker Quetschung der Geburtswege, Fieber, Zersetzung des Inhaltes, vorhergegangener operativer Eingriffe der Kaiserschnitt nicht geeignet war; andererseits war in diesen Fällen der Kaiserschnitt von vornherein nicht berechtigt, weil spontane, normale Geburt nicht ausgeschlossen war. Wenn es erforderlich wurde, den Geburtsdruck herabzusetzen, so wurde die Perforation eventuell schon bei wenig geöffnetem Muttermund gemacht und dann abgewartet. Von den 71 Frauen sind nur 2 gestorben (an schwerer Eklampsie), ein so günstiges Resultat, wie es bisher über Perforationen noch aus keiner Klinik mitgetheilt ist. Mit diesem Ergebniss ist die Kraniotomie ihrer früheren grossen Gefahr wesentlich entkleidet; die Resultate für die Mutter sind erheblich bessere, als die des verbesserten Kaiserschnittes. Das Resumé lautet:

1) Die Kraniotomie, unter den strengsten antiseptischen Massregeln vorgenommen, bietet, selbst in verzweifelten Fällen, die günstigsten Aussichten für die Erhaltung der Mutter. Sie weist heutzutage weit bessere Erfolge auf und wird sie wahrscheinlich auch fernerhin behalten, als der antiseptische, erhaltende Kaiserschnitt.
2) Deshalb ist auch die Kraniotomie des lebenden Kindes in solchen Fällen, in denen die Zeit für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt vorüber, eine andere Entbindungsart aber unmöglich ist, und für den Kaiserschnitt nicht alle nothwendigen Vorbedingungen erfüllt sind, auch fernerhin nicht nur eine erlaubte, sondern eine geradezu gebotene Operation, denn das Leben der Mutter ist viel werthvoller, als das des Kindes.
3) Für den practischen Arzt kommt gegenwärtig auch in solchen Fällen, in denen die Klinik bei relativer Indica-

tion das Kind durch den erhaltenen Kaiserschnitt zu retten suchen würde, im Allgemeinen nur die Enthirnung als die das mütterliche Leben weniger gefährdende Operation in Betracht.

Punkt 3 gehörte eigentlich nicht in das Resumé; die darin ausgesprochene Ansicht ist nur bedingt richtig.

Leopold theilt 23 von ihm und seinen Assistenten operirte Fälle von Kaiserschnitt mit, 20 mit Erhaltung des Uterus, 3 nach Porro. Sämmtliche Kinder wurden lebend geboren. 2 Mütter sind gestorben (beides Fälle von conservirendem Kaiserschnitt), 8,6% Mortalität, ein sehr befriedigendes Resultat gegenüber den früheren Erfolgen des Kaiserschnittes. Der eine Todesfall fiel einer falschen Indicationsstellung zur Last; es war bereits Infection vor der Operation vorhanden. Der andere Fall war nicht durch Sepsis bedingt. Die Statistik des modernen Kaiserschnittes lehrt, dass trotz der guten Resultate desselben doch noch der Kaiserschnitt der gefährlichste geburtshilfliche Eingriff ist.

L. giebt unter Benutzung seines Materials eine ausführliche Schilderung des Kaiserschnittes in seinem Verhalten zur Perforation, Wendung und künstlichen Frühgeburt und kommt zu dem Schluss, dass die Zeit noch nicht gekommen ist, wo die Perforation des lebenden Kindes bedingungslos durch den Kaiserschnitt ersetzt werden kann. L. formulirt die Indication folgendermassen: Wenn bei lebendem Kinde die natürliche Geburt nicht vorwärts geht, die Entwickelung des Kindes aber auf eine für das letztere unschädliche Weise (Zange oder Wendung) unausführbar ist, so muss, wenn die Angehörigen der Mutter ihre Zustimmung dazu geben und die nachfolgenden Bedingungen erfüllt sind, zur Rettung des Kindes der Kaiserschnitt gemacht werden. Diese Bedingungen sind:

1) Die Gebärende muss bei guten Kräften und womöglich im Anfang der Entbindung noch sein.
2) Sie darf nicht inficirt sein. Vielfache vorheriges innere Untersuchungen und Entbindungsversuche mit Quetschungen der Weichtheile sind bedenklich.
3) Die Herztöne des Kindes müssen normal an Zahl und Stärke sein.
4) Operateur und Assistenz müssen die Antisepsis und den Operationsplan vollkommen beherrschen.

Sind diese Bedingungen aber nicht erfüllt, so soll möglichst früh perforirt werden. Zum Schluss wird eine Schilderung der durch die Erfahrung erprobten Technik des conservirenden Kaiserschnittes gegeben.

(Fortschritte d. Medicin.)

Ueber den Werth der subcutanen Injection von Coffeïnum natrobenzoicum in der Kinderpraxis. Die allg-

mein excitirende und namentlich die Herzthätigkeit kräftigende Wirkung des Coffeïns ist wohl seit langer Zeit erkannt und erprobt. Die Verwendung dieses Präparats in der Kinderpraxis hat jedoch dadurch eine Beschränkung erfahren, dass dasselbe vom Magen nicht sehr gut vertragen wird und das Coffeïn wegen seiner Schwerlöslichkeit zur subcutanen Anwendung nicht geeignet erschien. Durch Tanret lernte man die gute Wirkung der bereits in der doppelten Menge kochenden Wassers löslichen Coffeïndoppelsalze, besonders des Coffeïnum natro-benzoicum kennen, und hiermit war die Möglichkeit gegeben, dieses wirksame Präparat bei Kindern zu erproben. Prof. Moncorvo berichtet nun in der Revue gén. de Clinique über seine ausgezeichneten Erfolge, welche er mit diesen Injectionnen in der Bekämpfung hochgradiger Adynamie und Hyposystolie des Herzens bei schwerkranken Kindern erzielt hat. Besonders wirksam erwies sich diese Behandlung bei Bronchitis capillaris oder bei Bronchopneumonie der Kinder, bei denen in Folge Insufficienz der Herzkraft bereits Eintritt der Asphyxie drohte. Eine einmalige oder nach Bedarf wiederholte Injection von 0,25—0,30 Gramm Coffeïn. natro-benzoic. war im Stande, dieser Gefahr vorzubeugen, die Herzkraft zu heben, dadurch die Respiration zu reguliren und die Heilung des Processes zu ermöglichen. In verzweifelten Fällen vermag eine energische Anwendung und Wiederholung der Injectionen noch Erfolg zu erzielen. Diese Erfahrung machte Moncorvo bei dem einjährigen Kinde eines Collegen, das an einer schweren Malariainfection litt, die überdies durch abundante Diarrhöen und eine ausgebreitete Bronchitis complicirt war. Es bestand bereits eine hochgradige Orthopnoe, der Herzschlag war schwach und der Puls fadenförmig, nicht zählbar, so dass man jeden Augenblick den Tod des Kindes befürchten musste. Da Alcoholica intern gegeben und subcutane Aetherinjectionen keinen Erfolg hatten, versuchte M. die Injection von Coffeïn, die durch 48 Stunden dreistündlich wiederholt wurde, bis es gelang, die Herzthätigkeit dauernd kräftig zu erhalten. Schon die ersten Injectionen hatten eine frappirende Wikung auf das wie leblos daliegende Kind. Die Herzthätigkeit hob sich in auffallender Weise, der Puls war wieder fühlbar, das Kind nahm Nahrung und sah gekräftigt und wie neubelebt aus. Auf diese Weise gelang es auch, die wiederkehrenden Schwächezustände zu bekämpfen und dem Kinde die Genesung zu sichern. Einen ebenso glänzenden Erfolg erzielte M. bei verschiedenen schweren Krankheiten der Kinder, die mit adynamischen Zuständen und Herabsetzung der Herzkraft einhergingen, aber auch bei schweren localen Affectionen der Respirationsorgane, bei welchen der kleine Kreislauf in ernstlicher Weise behindert schien. Die Toleranz der Kinder gegen diese Coffeïninjectionen war eine ausgezeichnete, bei

einer Dosis von 0,15 Gramm bei ganz kleinen Kindern und leichteren Fällen, und von 0,25—0,30 Gramm bei grösseren Kindern und schwereren Fällen.

(Wiener med. Blätter.)

Anwendung des Strophanthus im Kindesalter. Nach Versuchen im Jenner'schen Kinderspital in Bern gelangte Demme (25. Jahresbericht) zu folgenden Erfahrungen: 1) Strophanthus, bezw. die Tinctur desselben, ist auch im Kindesalter, zweckmässig, jedoch erst vom 5. Lebensjahr an in Gebrauch zu ziehen. Seine Darreichung verursacht nur ausnahmsweise dyspeptische Beschwerden. Grössere Gaben als 4 bis 5 Mal täglich 3 Tropfen sind mit Rücksicht auf die Ergebnisse der pharmakologischen Experimente, d. h. die möglicherweise plötzlich und unerwartet auftretende lähmende Einwirkung auf den Herzmuskel zu vermeiden. 2) Als prädominirende Wirkung des Strophanthus ist die Zunahme der Urinabsonderung und in Folge dessen die Abnahme und Beseitigung hydropischer Beschwerden zu bezeichnen. Dieser Effect wird zunächst durch eine Steigerung des Blutdruckes erzielt und tritt unter Anderem bei Klappenfehlern des linken Ostium atrio-ventriculare zu Tage, ohne dass jedoch durch Strophanthus eine Compensation des Klappenfehlers in ähnlich zuverlässiger Weise wie durch den Gebrauch der Digitalis geschaffen wurde. Bei Krankheiten, bei welchen bereits ein erhöhter oder auch ein normaler Blutdruck besteht, bleibt die diuretische Wirkung des Strophanthus aus. 3) Eine zweite, zuweilen augenfällige Wirkung des Strophanthus bezieht sich auf die Beseitigung dyspnoëtischer Beschwerden. Dieselbe scheint für eine Wirkung dieser Arzneisubstanz auch auf die Centren zu sprechen. Sie macht sich in Fällen mehr chronisch verlaufender Nephritis, sowie auch bei anderen Affectionen, bei Asthma bronchiale, Tussis convulsiva geltend. Wahrscheinlich kommt hier ebenfalls die Blutdrucksteigerung in Frage. 4) Besteht auch zwischen der Wirkung des Strophanthus und derjenigen der Digitalis in mancher Beziehung Uebereinstimmung, so ist andererseits doch jedem der beiden Medicamente eine selbständige therapeutische Bedeutung zuzuerkennen. Wo es sich um die rasche Compensirung von Klappenfehlern und die Erzielung einer prompten Steigerung des Blutdruckes mit ausgiebiger Verlangsamung der Pulsfrequenz und Zunahme der Harnabsonderung handelt, da wird ohne Zweifel die Digitalis in erster Linie in Gebrauch gezogen werden müssen, und ist bei Versagen ihrer Wirkung auch von der Anwendung des Strophanthus kein besserer Erfolg zu erwarten. Wo andererseits durch einen vorhergegangenen Gebrauch der Digitalis beispielsweise Klappenfehler compensirt sind und es sich nachher bei Erschöpfung der Digitaliswirkung um eine erneute Blutdr

steigernde Beeinflussung der Herzaction zur Vermehrung der Diurese handelt, wo ferner dyspnoëtische Beschwerden bei diesem Krankheitsbilde in den Vordergrund treten, da vermag Strophanthus nicht selten einen befriedigenden therapeutischen Erfolg zu erzielen. In derartigen Fällen empfiehlt sich übrigens die schon von Hochhaus und Fränkel erwähnte combinirte Anwendung von Digitalis und Strophanthus. 5) Bei länger dauernder Anwendung des Strophanthus konnte von Demme weder eine Cumulirung der Wirkung, noch eine Abschwächung derselben, d. h. eine Gewöhnung an diese Arzneisubstanz, beobachtet werden.

Verschiedenes.

Butylchloral bei Neuralgien im Verlaufe des Trigeminus. Es gibt nur wenige Heilmittel, welche auf einen Nervenbezirk allein eine Wirkung ausüben. Zu diesen Ausnahmen zählt nach O. Liebreich das Butylchloral, welches in Dosen von 1,0—2,0—3,0 Gramm bei innerer Verabreichung eine Anästhesie im Verlaufe des Trigeminus herbeiführt. Die früheren Versuche beim Tic douloureux haben Liebreich hiervon überzeugt. Die Wirkung ist hierbei leider keine anhaltende, und grosse Dosen rufen Schlaf hervor. Sehr zweckmässig ist jedoch das Butylchloral bei Affektionen im Verlaufe des Trigeminus zu benutzen, bei denen der schmerzhafte Zustand prognostisch als ein nicht chronischer zu bezeichnen ist. Rheumatische Gesichtsschmerzen, durch ein Trauma bedingte Schmerzen, Zahnschmerzen, von einer Pulpa-Entzündung oder Periostitis herrührend, können durch den Gebrauch des Butylchlorals beseitigt werden. Bei Plomben der Zähne, welche anfänglich einen Druck ausüben, hat Liebreich erst kürzlich mit voller Zufriedenheit das Butylchloral verwerthet. — Der Geschmack ist allerdings unangenehm und die schwere Löslichkeit des Butylchlorals erfordert eine besondere Verordnung. Folgende Vorschrift hat sich als praktisch bewährt:

Rp.	Butylchloral	2,0—3,0—5,0
	Spirit. vini rectif.	10,0
	Glycerini	20,0
	Aq. destillat.	120,0

3 bis 4 Esslöffel auf einmal zu nehmen.

(Die Grösse der Dose ist nach der Intensität der Schmerzen und des Individuums zu individualisiren.)

(Therap. Monatsh. No. 11.)

Verleger: G. Rathgeber in Wetzlar.
Redacteur: Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Gedruckt bei Ferd. Schnitzler in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 2. XXX. Jahrgang. Februar, 1889.

Diese Zeitschrift erscheint monatlich zu 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Verlagshandlung** zu richten.

Inhalt:

Die Verkennung des Irreseins. (Fortsetzung zu Seite 223, 1888). — Fortschritte in der Pharmakotherapie des Jahres 1888. — Ueber Akromegalie. Ein bisher noch nicht beschriebenes Symptom der Pericarditis. — Zur Frage der Heilbarkeit der Hernien. Bakteriologische Untersuchungen über die in der Augenheilkunde gebrauchten Antiseptica. — Ueber Blutungen in der Geburtshülfe und Gynäkologie, deren Quellen und Behandlung. — Kochsalz-Klystiere an Stelle der Transfusion. Ein neues Anthelminticum. — Die Schutzpocken-Impfung und ihre Ausführung, ein Leitfaden von Dr. E. Peiper.

Die Verkennung des Irreseins.

(Der Irrenfreund, 88. Nr. 7 u. 8.)

(Fortsetzung zu Seite 223. 1888.)

Viel bedauerlicher, als in Fällen, wo die Dispositionsfähigkeit in Frage kommt, sind die Folgen der Verkennung geistiger Störung und Schwäche im Strafverfahren. In der Mehrzahl der Fälle wird der Zustand verbrecherischer Irrer nach ihrer Inhaftirung und während der Untersuchung zum Glück wohl erkannt, so dass sie ausser Verfolgung gesetzt werden, aber leider sind doch ungerechte Bestrafungen geisteskranker Angeklagter noch häufig genug, und, was am meisten zu bedauern ist, selbst Wiederholungen und Verschärfungen der Strafe bei unheilbaren, aber stets verkannten Geisteskranken nicht selten.

Die Juristen betrachten die menschliche Willensfreiheit als etwas Gegebenes, auf dem der Rechtsstaat beruht, sie setzen sie als bestehend voraus, und Staatsanwalt und Richter sehen in dem Verhafteten zuerst den Schuldigen; Krankheit muss schon durch sehr auffällige und greifbare Erscheinungen, die sich auch für den Laien nicht mit geistiger Gesundheit vertragen, gekennzeichnet sein, um sie als möglich in einem vorliegenden Falle anzunehmen, denn gern glaubt man auch noch an Simulation. Aber Geisteskranke, die sich nicht sogleich als solche benehmen, die noch nicht widersinnig sprechen, die nichts Auffallendes verrathen, zumal Angeklagte, die wissen, was sie verbrochen haben, die noch Recht von Unrecht unterscheiden, gehen nicht selten als zurechnungsfähige und strafbare Menschen durch die Stadien der Untersuchung und Gefängnisshaft, um auch wohl über kurz oder lang nach Verbüssung der Strafe diesen Gang zu wiederholen.

In den Jahresberichten so vieler Irren-Anstalten finden wir die Meldungen über die Verurtheilung und Bestrafung verbrecherischer Irren, d. i. Personen, die geisteskrank waren, bevor und als sie die angeschuldigte That begingen. Dass sie es waren, wird manchmal spät erkannt, z. B. wenn sie in der Strafhaft deutlicher erkranken, und nun eine sachverständige Untersuchung stattfindet, die zur Aufhellung des anfänglich versteckten und dunklen Zustandes führt, oder wenn der Vertheidiger des schon Verurtheilten, auf die Wahrscheinlichkeit seiner geistigen Störung von dieser oder jener Seite aufmerksam gemacht, eine Wiederaufnahme des Verfahrens unter Zuziehung eines sachverständigen Arztes durchsetzt, oder wenn bei wiederholt bestraften Individuen, unter denen sich namentlich schwachsinnige befinden, dem Richter endlich Zweifel an ihrer geistigen Gesundheit aufstossen.

Von den in der Schlesischen Provinzial-Anstalt Leubus in 1887 bis 88 aufgenommenen Kranken waren mit dem Strafgesetz in Conflict gekommen 22 = 7,3 Prozent, darunter 11 nach der Erkrankung; bestraft waren von diesen, z. Th. wiederholt, 7.

In den elsässischen Bezirksanstalten Stephansfeld-Hördt waren unter den Aufgenommenen des Jahres 1887 — 88 10 Kranke mit dem Strafgesetz in Conflict gerathen, 4 vor und 6 nach der Erkrankung; von den letzteren war 1 bestraft worden.

In dem Jahresbericht der Kreisirrenanstalt München pro 1887 heisst es zu Tab. 8: »Nach der Erkrankung waren mit dem Strafgesetz in Conflict gekommen, ohne jedoch bestraft zu werden, 6 Personen, dagegen wurden 14 Personen noch bestraft, nachdem sie schon erkrankt waren.

Diese wenigen Angaben, denen viele andere Berichte gleich sind, mögen genügen, wie misslich es um die Erkennung des Irreseins in der Criminal-Justiz steht; es werden thatsächlich von den Strafkammern Individuen verurtheilt und den Gefängnissen überwiesen, ohne dass auch nur ein Richter des Collegiums ahnt, dass ein unschuldiger Kranker bestraft wird.

Wann wird diese Unsicherheit der Rechtspflege aufhören! Nicht genug kann den Studirenden des Rechts der Besuch psychiatrischer Vorlesungen und Kliniken, und den im Amt befindlichen Rechtsgelehrten das Lesen der Lehrbücher der gerichtlichen Psychopathologie empfohlen werden. Es würden ihnen dann naturwissenschaftliche Anschauungen und Thatsachen der Erfahrung geläufiger werden, die ihren falschen Voraussetzungen, der Irrenarzt wittere überall Irresein, entgegen treten, die ihnen aber weiter die Wege zeigen, auf denen der [illegible]ständige Irrenarzt das bestehende Irresein leichter ent[illegible]ls ein Laie, der zweifelhaften Fällen gegenüber im

Dunkeln tappt und nicht weiss, wie er zur Klarheit gelangt. Einigermassen nur das psychiatrische Gebiet übersehend, würden die Justizbeamten sich namentlich nicht täuschen lassen durch den Schein des Augenblicks, in welchem ein Individuum vor Gericht den Glauben an geistiger Gesundheit erweckt, dem entsprechend sie ihr Urtheil fällen, selbst dann manchmal, wenn die Gesundheit in Frage steht oder sogar vom Arzte bestritten wird, — ein ganz verkehrtes Urtheil dann, das nach verschiedenen Seiten schwere Folgen nach sich ziehen kann und erfahrungsgemäss auch manchmal nach sich zieht.

Sehr häufig ist die Verkennung des Irreseins beim Militär. Manche dienstpflichtige junge Leute sind schon geisteskrank, von Jugend auf schwachsinnig, oder seit der Mannbarkeit gestört, bevor sie eintreten; andere sind wenigstens durch Erblichkeit oder körperliches Leiden zum Irresein veranlagt, dessen Entwicklung gerade in den Militärverhältnissen einen überaus günstigen Boden findet. Aerztliche Atteste begegnen bei der Aushebung zum Militärdienst häufig einem gewissen Misstrauen, und bei der Aushebung und Einstellung zum Dienst hat der Militärarzt keine Zeit und Gelegenheit zu einer gründlichen Untersuchung verdächtiger Fälle.

Die Forderung, dass schon früher geisteskranke Individuen vom Militärdienste gänzlich ausgeschlossen werden, auch wenn sie zur Zeit ganz gesund erscheinen, rechtfertigt sich durch die Häufigkeit des Ausbruchs von Irresein während des Dienstes und die erschreckende Zunahme der Selbstmorde in den Armeen, wo in manchen Jahren 3 Fälle vorkommen auf 1 Fall bei Nicht-Soldaten.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Mehrzahl der Selbstmorde beim Militär, so gut wie im Civil, Folge geistiger Störung sind, die nicht rechtzeitig erkannt, deren Erscheinungen verkannt und sogar als moralische Fehler, Insubordination und Verstösse gegen die Militärgesetze bestraft wurden. Zum Gebiete der Militärärzte gehört das Lazareth, aber nicht der Arrest. Würden alle, namentlich die im Arrest wiederholt befindlichen Soldaten der ärztlichen Untersuchung überwiesen, so würde die Zahl der Unglücksfälle sich vermindern. Schwachsinnige Individuen, die in den Kasernen und auf den Exercierplätzen viel Aerger und Schwierigkeiten verursachen und die Geduld der Offiziere und Unteroffiziere auf harte Proben stellen, werden leicht als eigensinnige, starre, ungehorsame, nachlässige Burschen betrachtet, die mit Arrest etc. bestraft und erst nach deutlicher Erkrankung ins Lazareth versetzt werden. Man ist geneigt sie für Simulanten zu halten. Oft erst spät, nach wiederholter Bestrafung, werden sie als unbrauchbar aus dem Dienste entlassen oder nach intensiverer psychischer Erkrankung der Irrenanstalt überwiesen.

In einer interessanten Abhandlung, betitelt »Militaria«

hat Koster im Irrenfreund, 1871 Nr. 1 u. ff., die Beziehungen der Psychiatrie zum Militärwesen angedeutet, die von mehrfachem Interesse und nicht zu unterschätzender staatlicher Wichtigkeit seien. »Es ist Thatsache, schreibt er, dass entschieden geisteskranke Menschen dennoch zum Militärdienste herangezogen, dass mehr oder wenig offenkundig Irre kürzere oder längere Zeit bei den Soldaten zurückgehalten werden, ihre Dienstzeit theilen zwischen Lazareth, Arreststrafe und Dienst, dass viele zum Irresein disponirte oder auf der Grenze geistiger Gesundheit stehend Individuen durch die veränderte Lebensweise, strengen Dienst und Behandlung in vollständige Geisteskrankheit verfallen, dass endlich viele, wiewohl Irre, als solche nicht erkannt, als Simulanten betrachtet und behandelt werden.«

Jene Abhandlung ist durch 21 Fälle illustrirt.

(Fortsetzung folgt.)

I. Pharmacologie und Balneologie.

Fortschritte in der Pharmakotherapie des Jahres 1888. Von Docent Dr. Heinr. Paschkis in Wien. (Centralbl. für die ges. Therapie 89, 1.)

Im Allgemeinen kann man sagen, dass im verflossenen Jahre die Arbeiten in der Pharmakotherapie mehr intensiver als extensiver Art waren. Es werden freilich noch immer genug neue Mittel in den Handel gebracht, mehr als dass wir vorläufig wissen würden, was mit denselben anfangen; aber die Ueberschwemmung, die seit einigen Jahren constant war, hat sich verlaufen und die chemische Industrie wird sich für ihre Nebenproducte, denn das sind die meisten neueren Arzneimittel, anderweitigen Absatz suchen müssen. Vom rein wissenschaftlichen Standpunkte aus war gegen die neuen Mittel wohl nur wenig einzuwenden, sie haben sogar zur Classificirung ganzer Reihen beigetragen und hätten dies noch mehr können, wenn eben nicht der geschäftliche und industrielle Standpunkt bei ihrer Einführung der massgebende gewesen wäre.

Dies gilt vor Allem von den Fiebermitteln. Wir haben im vergangenen Jahre kein neues Fiebermittel bekommen, dagegen sind einige von den alten eingehend geprüft worden. Leider schiessen auch diese Prüfungen in der Praxis über das Ziel und es wird den kühleren Beobachter sonderbar anmuthen, zu hören, dass das Antipyrin allein im vergangenen Jahre versucht und empfohlen wurde, abgesehen von seiner Application als Fiebermittel, als souverän gegen Keuchhusten, als schmerzstillendes Mittel sowohl allgemein als local (durch Hervorrufung von Analgesie), ferner bei acutem Gelenksrheumatismus, Migraine, Neuralgien, bei Chorea, Seekrankheit, Menstrualkoliken, zur Blutstillung bei Hämoptöe, zur Beschränkung

der Milchsecretion, zur Aufhellung von Cornealtrübungen und zur Behandlung von Hämorrhoidalgeschwüren! Was sich von allen diesen Empfehlungen als bleibend erweisen wird, wer vermag das vorherzusagen? Nur soviel scheint insbesondere mit Rücksicht auf die immer grösser werdende Gegnerschaft jeder Antipyrese sicher, dass die Anwendung als Antipyreticum abnimmt, obwohl die Versuche Girard's für eine directe Beeinflussung der regulatorischen Wärmecentren durch das Mittel sprechen und dieses nach den Arbeiten Kumagawa's auch in Bezug auf den nicht gesteigerten Eiweisszerfall dem Chinin am nächsten steht.

Dagegen findet das Mittel immer grössere Anwendung als Nervinum. Die Praxis bemächtigt sich desselben immer mehr, obwohl die physiologischen Versuche die Nervenwirkungen des Antipyrin bis auf die Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit nicht erklären. Bei Hemicranie und Neuralgien ist es in der That wirksam und findet so grossen Zuspruch seitens der Kranken, dass diese das Mittel auch ohne ärztliche Vorschrift nehmen.

Wie nöthig es ist, dass die Aerzte gegen diesen Missbrauch einschreiten, geht aus den zahlreichen Beobachtungen hervor, welche über üble Nebenwirkungen und directe Intoxicationen berichten (Drasche u. A.), obwohl Andere (Pribram) gerade das Antipyrin als frei von Nebenwirkungen erklären. Diese letzteren bestehen in Uebelkeit, Erbrechen, Hitze- oder Kältegefühl, Schwellung des Gesichtes, Herzklopfen, Cyanose, beschleunigtem Puls, hauptsächlich aber in einem Exanthem, welches von verschiedenen Beobachtern als Erythem, masernähnlich, als urticaria-, ja selbst als scharlachähnlich angegeben wird. Ich habe selbst in letzter Zeit zwei Fälle beobachtet, bei welchen nach 1, respective nach 2 g Antipyrin unter Fieber Eruption eines scharlachähnlichen Exanthems erfolgte. Nach dem innerhalb weniger Stunden erfolgten Abblassen trat reichliche Abschuppung der Haut ein. Wenn sich die Fälle von ungünstigen Nebenwirkungen häufen sollten, so wird man von der Anwendung des Antipyrins auch als Nervinum, wo mit kleinen Dosen nichts auszurichten ist, abstehen müssen.

Das Acetanilid oder Antifebrin ist durch die allgemeine Reaction gegen die Antithermica in seinem Siegeslauf gehindert worden; es hätte vielleicht das Antipyrin überflügelt, im Vergleiche zu welchem es anscheinend seltener Intoxicationserscheinungen hervorruft. Dass diese wie bei allen Mitteln dieser Reihe in Erbrechen, Verdauungsbeschwerden, Cyanose (in höherem Grade als bei anderen), profusen Schweissen, Schüttelfrösten und Collaps bestehen, ist von neuem bestätigt worden (von Jaksch, Demme, Kronecker, Löwenthal). Bemerkenswerth ist daran nur, dass die üblen Wirkungen auch nach wiederholt gereichten kleinen (0.2) Dosen auftreten kö

nen, dass also das schwer lösliche und schwer resorbirbare Mittel cumulativ wirkt: bei Kindern wird deshalb als Anfangsgabe 0.01 empfohlen. Als Nervinum bewährt sich das Mittel besonders bei älteren Neuralgien, bei Kephalaea, bei Hemicranie. Manchmal, besonders im Anfang, wirkt es auch schlafmachend (Jac. Fischer), ebenso auch bei Fieber; häufig genug freilich bleibt diese Wirkung aus. Bei Epilepsie hat es seinen Credit verloren.

Das Phenacetin umgibt noch die Aureole der Jugend, es ist ja erst wenig mehr als ein Jahr in den Händen der Praktiker. Was Wunder also, dass es als vortrefflich angepriesen wird! Besonders als Nervenmittel bei Hemicranie, bei Neuralgien peripheren Ursprunges oder reflectorischer Natur, weniger bei solchen centralen Ursprunges (Ott), aber auch bei tabischen Schmerzen wird es gelobt und dabei besonders hervorgehoben, dass es meistens angenehme Schläfrigkeit hervorbringe und besser als die vorhergenannten Mittel bei Erregungszuständen beruhigend und schmerzstillend wirke (Heusner). In der Wirkung stehe es gerade in der Mitte zwischen Antifebrin und Antipyrin ($^1/_2 : 1 : 2$). Aber trotzdem seine Unschädlichkeit zumal vor dem Antifebrin hervorgehoben wird, haben doch schon einige Autoren manche Erscheinungen nach der Anwendung desselben notirt, welche an die der anderen Glieder dieser Reihe erinnern. Frösteln, Trockenheit und Kratzen im Halse, Uebelkeiten, Erbrechen, Schwindel, selbst profuse Schweisse, Exanthem und schliesslich selbst Cyanose in Folge von Methämoglobinbildung sind beobachtet worden. Der letztgenannte Fehler haftet auch dem allerneuesten Antipyreticum an: dem Pyrodin. Dieses seiner chemischen Zusammensetzung nach Acetylphenylhydrazin, und dem nur auf einen Moment aufgetauchten Antithermin (Phenylhydrazinlevulinsäure) nahe verwandt, soll gleichfalls ein mächtiges Antipyreticum sein, welches bei Typhus, Pneumonie, Scharlach die Temperatur rasch herabdrückt und einige Stunden tief hält. Obgleich es nur Schweiss, ohne Nausea, Erbrechen oder Collaps hervorruft, wirkt es, in kurzen Zwischenräumen wiederholt, toxisch durch Methämoglobinbildung.

Leider lassen sich diese bedenklichen Erscheinungen nur schwer vermeiden; werden die Mittel in kleinen Dosen gegeben, so wirken sie nicht temperaturherabsetzend, in grossen Gaben oder lange Zeit in kleinen Gaben fortgesetzt, wirken sie sehr häufig toxisch.

Was die Nervenmittel betrifft, so sind in dem verflossenen Jahre manche Fortschritte zu verzeichnen. Diese beziehen sich zum Theile auf die eben besprochenen Mittel, sowie auf einige ganz neue specielle Nervina, weiterhin auf einige schon etwas ältere Mittel, welche genauer studirt worden sind und schliesslich auf einige Ausgrabungen solcher Stoffe, die, fast schon wieder vergessen, nunmehr zu neuen Ehren gelangen.

Zu diesen letzteren gehört zunächst das Codeïn, welches obgleich in Deutschland und Frankreich officinell, im ersteren Lande und auch bei uns kaum je gegeben wird. In einer neueren Arbeit (Fischer) wird dasselbe als wenig gefährlich an Stelle des Morphins auch für länger dauernden Gebrauch empfohlen, insbesondere bei Schlaflosigkeit (ohne heftige Schmerzen), ferner bei quälendem Husten (Bronchitis der Phthisiker). Die Dosis ist 0.025—0.03. Auch das Solanin hat einen Empfehler gefunden, es soll als Schmerzmittel besonders bei alten Neuralgien, weiter bei tabischen Schmerzen (0.025—0.03 pro die), vorzüglich aber zur Bekämpfung der motorischen Erregung ausgezeichnete Dienste leisten. Wie bekannt, ist gerade in letzterer Hinsicht im vorletzten Jahre das Hyoscin empfohlen worden; die weiteren Versuche damit haben im Allgemeinen die ersten Angaben bestätigt. Die Indicationen sind erweitert worden, zumal für Geisteskranke, bei welchen weder die Krankheitsform noch auch der Gesammtzustand, sondern ausschliesslich der Exaltationszustand für die Anwendung massgebend sein soll; auch bei Fällen inhaltsleerer Unruhe von Paralytikern ohne eigentliche Erregung (Salgó) erweist sich das Mittel als vortrefflich. Das Hyoscin wird nach demselben Autor von keinem anderen Mittel auch nur annähernd erreicht, weder in der Promptheit noch in der Ausgiebigkeit der beruhigenden, nicht wesentlich hypnotischen Wirkung (Dosen von 1 mg). Zu denselben Resultaten gelangten auch andere Autoren, nur werden, da es Störungen der Herzinnervation und Hallucinationen hervorrufen kann, Herzkrankheiten als Contraindication angesehen. Ferner wird die nur zeitweise Anwendung und die möglichste Vermeidung bei acuten heilbaren Psychosen empfohlen.

Von schon bekannten Mitteln sind einige Hypnotica weiter geprüft worden. So hat das von v. Mering eingeführte Amylenhydrat neuerdings den Ruf bewährt, ein angenehmes Schlafmittel (für Hustende auch ein gutes Beruhigungsmittel) zu sein, welches das Herz nicht beeinflusst, sonst aber analog wie Chloral Schlaf, wenn auch oft nur auf wenige Stunden hervorruft. Seiner allgemeineren Anwendung steht sein schlechter Geschmack und seine Unlöslichkeit in Wasser entgegen. Diese letztere hat (durch grössere Concentration einiger Gaben) zu Intoxicationen geführt, welche gerade so wie Alkoholvergiftungen und ohne üble Folgen verliefen (Dietz). Die Verordnung in Gelatinekapseln ist oft nicht thunlich; vielleicht ist die Bereitung einer die Einzeldose (3.0) enthaltenden Mixtur ex tempore mit Rothwein (G. Mayer) empfehlenswerth.

Ein anderes Mittel, welches bisher nur wenig angewendet wurde, das Methylal, wurde von v. Krafft-Ebing neuerdings versucht. Die Resultate dieser Versuche sind in mehrfacher Hinsicht interessant; erstens, weil sie im Gegen-

zu den früheren Beobachtungen die Wirksamkeit des Mittels hauptsächlich zur Hervorrufung von Schlaf (»das beste Beruhigungs- und Schlafmittel«) bei Delirium tremens erwiesen, und zweitens, weil sich zeigte, wie ausserordentlich gering die Dosis bei subcutaner Injection (0,1) im Verhältniss zur innerlichen Application (5,8 — 8,0) zu sein braucht. Das Mittel wurde in Mischung mit Wasser 1 : 9 applicirt; weitere Versuche wären am Platze.

Als ganz neues Mittel ist das Sulfonal zu nennen. Die Versuche, welche bisher mit diesem Mittel angestellt worden sind, zeigen, dass es ein gutes Hypnoticum ist; dafür spricht schon, dass es auch bei Leuten wirkt, welche an Narcotica gewöhnt sind. Man darf freilich von ihm nicht verlangen, dass es in allen Fällen sicher und zuverlässig wirke. So versagt es seine Wirkung bei Hustenreiz, bei cardialem Asthma, ferner bei Delirium tremens und bei Maniakalischen, auch in der Morphiumabstinenz lässt es im Stich; bei Arteriosklerose scheint es nach einer Beobachtung wenigstens (Schmey) beinahe schädlich zu sein.

Von Nebenwirkungen ist bisher nur wenig bekannt. Schwindel, Uebelkeit, Diarrhöen, Erbrechen wurden hie und da bemerkt, Mattigkeit, Abgeschlagenheit der Glieder, Benommenheit unreinerem Fabricate zugeschrieben. Bei reinem Präparate soll weder Verdauung, noch Blut beeinflusst werden; durch dasselbe wird (Baumann) die Stickstoffausscheidung nicht beeinflusst, und es soll — ein Ideal des Schlafmittels — keinen Schlaf durch Betäubung erzwingen, sondern das normale periodische Schlafbedürfniss unterstützen oder hervorrufen. (Kast.)

Bezüglich der Dosirung sind die Angaben so ziemlich übereinstimmend, 1 g wirkt selten, 2 g sicher; auch längere Darreichung, 2—3 g pro die durch 2 Monate (Cramer), schadet nicht. Die öfter beobachtete nachträgliche »postponirende« Wirkung ist durch die Schwerlöslichkeit des Präparates und die geringe Angreifbarkeit seines Moleküls zu erklären.

In einer anderen Gruppe der Nervina, nämlich in der der Analgetica und Anaesthetica, ist durch die vor wenigen Jahren erfolgte Einführung des Cocaïns in die Praxis eine bedeutende Umwälzung eingetreten. Merkwürdigerweise ist die Anwendung des Cocaïns im Laufe der Zeit nicht geringer geworden; als Analgeticum hat es immer mehr an Terrain gewonnen, besonders durch die Möglichkeit der localen Anästhesie mit Hilfe subcutaner Injectionen (Wölfler) oder mit Hilfe der Kataphorese (Wagner). Kleinere Operationen, Aetzungen werden, soweit möglich, heute immer unter Cocaïnanästhesie ausgeführt. Auch die allgemeine Chloroformanästhesie soll durch Cocaïn unterstützt werden. Diese combinirte Narkose

vereinigt erstens die Vortheile beider einzelnen, ferner wird die gemischte Narkose durch das viel geringere Quantum des zu verwendenden Chloroforms viel weniger gefährlich, das Erbrechen kommt seltener vor und ist, wenn es auftritt viel gelinder, endlich ist das Erwachen leichter und die der Chloroformnarkose eigenthümliche Mattigkeit und Abgeschlagenheit wird durch gleichzeitige Cocaïninjection beseitigt (Obalinski.) Die Darreichung des Mittels zu anderen Zwecken dagegen hat an Extensität, was nämlich die Art der Erkrankungen betrifft, nicht, leider aber an Intensität zugenommen. Während bedeutende Nervenärzte bisher auf Methoden sannen, die chronische Morphinintoxication zu heilen, ist nunmehr zu den zahlreichen schon bestehenden Arzneimissbräuchen, ein neuer, ebenso schwer zu bekämpfender getreten: der Cocaïnismus. Die Beseitigung desselben dürfte um so schwieriger gelingen, als man das Cocaïn zur Linderung der Abstinienzerscheinungen im Morphinismus anfangs fast ohne Kenntniss seiner schädlichen Wirkungen anwendete und nunmehr dem Missbrauch desselben von Seite der Kranken mindestens ebenso machtlos gegenübersteht, als dem des Morphins. Das Cocaïn äussert seine verderbliche Wirkung in nachhaltigerer und intensiverer Weise, als das Morphin, die Ernährung wird auffallend herabgesetzt; hochgradige Abmagerung, schwerer Collaps, von Seite der Psyche: Angstgefühle, Wahnvorstellungen, Hallucinationen sind die hervortretenden Erscheinungen des Cocaïnmissbrauches. (Obersteiner.) Andererseits wird durch das Mittel dem Morphinisten während der Abstinenz grosse Erleichterung gemacht und es sind deshalb die Vorschläge des genannten Autors zu beherzigen, welcher empfiehlt, das Cocaïn erst dann zu geben, wenn kein Morphin mehr gereicht wird, ferner es innerlich, nicht subcutan, in Einzeldosen von 0.05—0.1 (bis 0.5 pro die) zu geben und diese Behandlung höchstens 5—6 Tage fortzusetzen.

Zu den verschiedensten Zwecken empfiehlt Rosenthal das Cocaïn und zwar sowohl bei der depressiven Form der Neurasthenie, ferner bei den lancinirenden, heftigen Schmerzen der Tabiker, bei Cardialgien und endlich local bei den verschiedenen Neurosen im Bereiche der Urogenitalorgane. Bedauerlich ist, dass der Organismus bei längerem Gebrauch immer höhere Gaben erfordert, welche dann nicht nur unangenehme Sensationen im Magen, sondern allmälig auch Intoxicationszustände herbeiführen können. Auch bei den kleinen Quantitäten, welche subcutan oder in den Bindehautsack, ja selbst durch Einpinseln auf das Zahnfleisch, gebracht werden, sind Vergiftungen beobachtet worden. Die von verschiedenen Autoren geschilderten Erscheinungen stimmen untereinander überein. Es tritt in der Regel zunächst Blässe der Haut und der Schleimhäute, Hinfälligkeit, Schwäche, Respir

tions- und Pulsbeschleunigung auf, der Puls ist dabei klein. Ohnmacht, Verlust des Bewusstseins, oder einzelner Sinnesvermögen, mehr oder minder schwerer Collaps, dann unregelmässiger Puls und ebensolche Athmung, Dyspnöe, Nausea, Erbrechen, Magenschmerz folgen. Nach der Beseitigung dieser Symptome folgt ein ruhiger oder unterbrochener schwerer Schlaf. Als Antidota scheinen sich nebst den allgemeinen excitirenden und analeptischen Mitteln jene zu bewähren, welche den Blutdruck herabsetzen und die peripheren Gefässe erweitern, wie also Chloral (eventuell Chloroform) einerseits und Amylnitrit andererseits. Diese beiden genügen auch am besten der symptomatischen Behandlung, indem Chloral sedativ (insbesondere wenn Krämpfe vorhanden sind) und Amylnitrit kräftig analeptisch wirkt. (Schluss folgt.)

II. Medicin.

Ueber Akromegalie. Die Frage der sogenannten Akromegalie ist seit einigen Jahren dadurch in den Vordergrund des Interresses gerückt, dass Marie in Paris dieser Erscheinung, welche schon seit längerer Zeit die Aufmerksamkeit auf sich gezogen hatte, einen Namen gegeben hat. Der Name soll besagen, dass bei dieser Erkrankung an den Enden der verschiedenen Körpertheile ungewöhnliche Grössen-Verhältnisse entstehen. Es fällt diese Erscheinung im Grunde unzweifelhaft unter den Begriff des Riesen-Wuchses und zwar des theilweisen, doch ist bei dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse noch kaum eine Abgränzung gegen den allgemeinen Riesen-Wuchs möglich. Den besonderen Anlass, dem Gegenstande etwas näher zu treten, gab Professor R. Virchow der Umstand, dass im vorigen Jahre ein Fall von Akromegalie auf der Charité-Abtheilung des Dr. Fräntzel längere Zeit beobachtet wurde und später zur Section gelangte, von welchem jetzt das Skelett vorgezeigt werden kann, und dass kürzlich ein zweiter lebender Fall zur Beobachtung kam. Dass der Beginn der markanteren Erscheinungen in Einigen der bisher beobachteten Fälle mit der Zeit der Pubertät zusammenfiel, hat den Anlass gegeben, die Erkrankung mit der sexuellen Entwickelung in Beziehung zu bringen. Von den neueren Schriftstellern ist es namentlich Freund (Strassburg) gewesen, der besonderes Gewicht auf diesen Zusammenhang gelegt hat, wie Virchow glaubt, mit Unrecht, denn andere Fälle datiren in eine viel frühere Lebens-Periode; so z. B. zeigte eine Tochter des von Fräntzel beschriebenen Mannes bereits im elften Jahre deutlich Erscheinungen derselben Affection. Der vorgestellte Mann datirt den Beginn der Erscheinungen ebenfalls in eine frühe Lebens-Periode zurück und dieselben scheinen eine sehr allmählige Entwickelung genommen zu haben. Aehnliches ergibt sich aus früheren Beo-

bachtungen, so aus zwei Fällen, die Friedreich veröffentlicht und über die Erb vor Kurzem von Neuem berichtet hat. Die beiden letztgenannten Fälle betrafen zwei Brüder, welcher Umstand, mit der Beobachtung von Fräntzel zusammengehalten, der die gleiche Erkrankung bei Vater und Tochter feststellte, vielleicht darauf hinweisst, dass Erblichkeit eine gewisse Rolle bei diesen Dingen spielt. Der vorgestellte Fall gehört auch nicht in die Kategorie derjenigen Fälle, die sich durch ein frühzeitiges Erlöschen der geschlechtlichen Function auszeichneten; der Mann ist verheirathet und hat 6 Kinder, von denen allerdings bis jetzt Keines Erscheinungen der Akromegalie erkennen lässt. — Ausser den Erscheinungen der allgemeinen Akromegalie, wie sie die bisher besprochenen Fälle darboten, beobachtet man nicht allzu selten Fälle, bei welchen an vereinzelten Theilen dasjenige hervortritt, was bei der Akromegalie in einer gewissen Massenhaftigkeit sich zeigt. Hieher gehört z. B. ein Fall von Ewald. Die Hand des betreffenden Individuums zeigt eine ganz übermässige Grösse des Zeige- und Mittelfingers, während bei der eigentlichen Akromegalie vorzugsweise die Hände und Füsse, in einzelnen Fällen auch die Gesichts-Knochen, abnorm entwickelt sind. Uebrigens ist das Skelett nicht allein, sondern es sind auch die Weichtheile durchweg mitbetroffen. Dadurch erklärt es sich, dass schon hin und wieder die Frage eines Zusammenhanges zwischen dieser Erkrankung und dem Myxoedeme aufgeworfen worden ist. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass bei Akromegalie ausnahmelos die Knochen erheblich betheiligt sind, während bis jetzt keine Beobachtung vorliegt, nach der sich bei Myxoedem die Affection auch auf die Knochen erstreckt hätte. In diesem Falle findet sich, ebenso wie in den Friedreich'schen Fällen, sogar eine sehr starke Entwickelung der Muskulatur und ein erheblich gesteigertes Muskel-Vermögen. Auf der anderen Seite bietet der Vergleich der Erscheinungen von theilweisem Riesen-Wuchse mit denen des allgemeinen Riesen-Wuchses erhebliches Interesse. Es ergeben sich da manche Erscheinungen, welche auf eine gewisse Verwandtschaft schliessen lassen, indessen besteht andererseits auch wieder eine scharfe Grenze. Die einzelnen Knochen mögen bei der Akromegalie wachsen, soviel sie wollen, so sind es doch immerhin nur einzelne Knochen. Dies tritt am Deutlichsten hervor bei einer Vergleichung des Verhältnisses der Länge des Fusses zu der des ganzen Körpers. Bei dem normalen Menschen ist dasselbe etwa = 1 : 6; bei dem irischen Riesen Murphy stellte Virchow ein Verhältniss von 1 : 7 fest, bei einem anderen Riesen, Winkelmayer, betrug dasselbe 1 : 6,3 während es in diesem Falle nur 1 : 5,8 beträgt. Bei Letzterem geht' auch Mass des Kopfes weit über gewöhnliche Verhältn

hinaus. Der Umfang des Kopfes beträgt 655 Millim., die Länge des Kopfes 229 Millim. (Murphy 205 Millim., Winkelmayer 217 Millim.), dagegen beträgt die gesammte Körper-Länge nur 1838 Millim., während Murphy 2350 Millim. und Winkelmeyer 2503 Millim. mass. — Worauf nun bei der Akromegalie die Veränderungen eigentlich beruhen, darüber gaben die bisherigen Beobachtungen nur wenigen Aufschluss. Die Fälle von Leontiasis ossea können zum Vergleiche nicht herangezogen werden; kein Einziger der bisher beobachteten Fälle von Akromegalie hat wesentlich das Gesicht betroffen. Auch die sehr seltene von James Paget zuerst beschriebene und „deformirende Osteitis" genannte Affection, bei welcher eigenthümliche innere Veränderungen der Knochen vorkommen, muss von der Vergleichung ausgeschlossen werden; dieselbe hat keine Neigung, gerade die Enden der Extremitäten zu befallen. An die Arthritis deformans dagegen erinnert der namentlich an dem betreffenden Skelette hervortretende Umstand, dass an den Enden der Phalangen ganz unzweifelhafte Osteophyten vorhanden sind; aber auch dieser Affection gegenüber besteht der ganz auffallende Unterschied, dass das Gelenk als Solches nicht betheiligt ist; es handelt sich nur um extra-articuläre Vorgänge. Ebenso fehlen der Arthritis deformans die Vergrösserungen der Metatarsal- und Metacarpal-Knochen sowie die Hyperplasie der Weichtheile. Man wird daher vorläufig die Akromegalie als eine eigene Form von Bildungs-Anomalie betrachten.

Professor Erb stellt 11 Fälle von Akromegalie, welche in der Literatur verzeichnet, beziehungsweise von ihm beobachtet worden sind, zusammen und gibt ein genaues Krankheits-Bild, soweit dies bislang möglich ist, behält auch obigen Namen als den zutreffendsten bei. Beobachtet wurde die eigenartige Erkrankung an 8 Männern und 3 Frauen. Der Beruf hat keinen Einfluss, ebenso auch nicht das Alter. Die Entwickelungs-Weise ist eine langsame und schleichende. Die meist nicht sehr stark hervortretenden Initialerscheinungen bestanden in einem Gefühle von Schwäche und Ermüdung, Schläfrigkeit, Kopfschmerz (Migraene), Paraesthesieen in den Gliedern. Das auffallendste Symptom ist in allen Fällen eine fortschreitende Vergrösserung der Extremitäten, besonders die kolossale Entwickelung der Hände und Füsse; namentlich entwickeln sich die Hände zu unförmigen Tatzen, an Füssen und Unterschenkeln tritt mehr ein elephantiastischer Habitus hervor. Weiterhin vergrössern sich auch die Vorderarme, auch stellt sich eine Volumens-Zunahme des Gesichtes ein; besonders betheiligen sich daran die unteren Abschnitte, wie Unterkiefer, Lippen und Nase. Die Volumens-Zunahme wird im Wesentlichen bedingt durch eine Verbreiterung und Verdickung der entsprechenden Phalangen-Knochen, Fuss- und Hand-Wurzel-

Knochen, Mittelhand- und Mittelfuss-Knochen u. s. w. An den epiphysären Abschnitten ist der Vorgang deutlicher als an den Diaphysen. Die Haut ist zum Unterschiede von der Elephantiasis und dem Myxoedeme nur im geringen Masse betheiligt. Die Nägel erkranken ebenfalls, sind erheblich verbreitert, in ihrer Wölbung verändert, nicht selten abnorm kurz, brüchig, auffallend gerieft. Ausser oben genannten Knochen erkranken später auch andere, nämlich Rippen, Brust- und Schlüssel-Bein. In fast allen Fällen ist eine Betheiligung des Gesichtes zu constatiren: der Unterkiefer wird verdickt, steht hervor, die Unterlippe und Nase betheiligen sich besonders, auch eine massige Entwickelung der Zunge wird beobachtet; manches Mal zeigten sich Ohren, Ohrknorpel, Augenlider und Kehlkopf verändert. Ausserdem fanden sich inconstant Herz-Vergrösserung mit Asthma, Albuminurie, Abmagerung, Schwäche des Muskel-Systemes, Menstruations-Störungen, Abnahme der Intelligenz u. s. w. Das Verhalten der Thyreoidea und Thymus war wechselnd. Charakteristisch ist, dass nach unbedeutenden Vorboten Füsse und Hände entweder gleichzeitig oder bald nach einander beginnen, grösser, plumper, unförmig und ungeschickt zu werden. Es kommt zu einer tatzenartigen Entwickelung von Riesen-Händen, mit kolbig aufgetriebenen Fingern, elephantiastischer Form-Veränderung der Unterschenkel und der riesenhaften Füsse und Zehen. Dann betheiligt sich auch das Gesicht. Nach 3—5 Jahren erreicht das Leiden bald langsamer, bald schneller seinen Höhepunkt, schreitet dann nur langsam weiter oder bleibt stehen. Durch Complication von Seite innerer Organe, die allerdings wohl zum Wesen der Krankheit gehören mögen, führt das Leiden zum Tode. Betheiligt fand man Herz, Gefässe, Nieren und Hirn (Hypophysis). Die bis jetzt spärlich vorliegenden Sections-Befunde gaben keinen genügenden Aufschluss über Natur und namentlich Aetiologie des Leidens; auch hat die Therapie bis jetzt Nichts geleistet. Die Diagnose ist nicht schwer, differentiell diagnostisch sind auszuscheiden Elephantiasis, Myxoedem, Leontiasis ossea, Osteitis und Arthritis deformans.

Ein bisher noch nicht beschriebenes Symptom bei Pericarditis. Von Prof. v. Stofella (Wien). (Internat. cl. Rundschau No. 5, 1889.) St. berichtet über ein Symptom, welches er bisher in 3 Fällen von Pericarditis beobachtet hat und in keinem der ihm in die Hand gekommenen Lehrbücher der speciellen Pathologie und Therapie sowie in keiner der einschlägigen Monographien, noch sonst wo beschrieben gefunden hat:

Nach Joh. v. Oppolzer zeigt die Auscultation des Herzens bei Fällen von Pericarditis, welche zu einem P

geräusch Anlass geben, bei Lageveränderungen des Patienten insofern ein verschiedenes Verhalten, als es der Fall sein kann, dass dasselbe entweder seinen Platz wechselt, oder doch eine Veränderung in seiner Intensität erfährt. So kann z. B. ein Reibegeräusch, welches man an irgend einer Stelle der Herzgegend bei liegender Lage des Patienten vernimmt, sobald man denselben aufsitzen lässt, jetzt entweder noch lauter, als vordem, hörbar sein, oder im Gegentheile an Deutlichkeit abnehmen oder selbst gänzlich verschwinden, um dafür nun an einer anderen Stelle aufzutauchen, wo man es bei eingenommener Rückenlage des Kranken nicht vernommen hatte.

Der Grund für diesen eintretenden Wechsel der genannten Auscultations-Erscheinung ist nach Verf. darin zu suchen, dass eben beim Aufsitzen andere Theile der einander zusehenden Flächen der beiden Pericardialblätter nunmehr mit einander in Berührung kommen, als dies bei liegender Lage des Kranken der Fall gewesen.

Durch die Erfahrung ist nun St. zu der Ueberzeugung gekommen, dass diese von Oppolzer als für pericardiale Geräusche characteristisch bezeichnete auscultatorische Erscheinung unter den von den Autoren angeführten verschiedenen differential-diagnostischen Momenten, um endocardiale von pericardialen Geräuschen zu unterscheiden, weitaus das werthvollste ist, und hat er gefunden, dass bei der Pericarditis, wenn man den Kranken die Rückenlage mit einer aufrecht sitzenden Stellung vertauschen lässt, unter gewissen Verhältnissen nicht nur eine Aenderung in den Auscultations-, sondern auch in den Percussionsverhältnissen eintreten kann. Man beachte nämlich in Fällen, wo bei liegender Stellung des Kranken an und oberhalb der Basis des Herzens der Nachweis eines Pericardialergusses mittelst der Percussion gelingt, demnach ein deutlich gedämpfter und leerer Percussionsschall daselbst vorhanden ist, dass, sobald man den Kranken die sitzende Stellung einnehmen lässt, an die Stelle des bezeichneten gedämpften und leeren Percussionsschalles oberhalb der Basis des Herzens sofort ein mehr oder weniger heller, voller Percussionsschall tritt.

Diese Erscheinung findet leicht ihre Erklärung: Bekanntlich kommt die Zunahme der Herzdämpfung bei einem pericardialen Exsudate dadurch zu Stande, dass dasselbe auf die dem Herzen angrenzenden Lungenparthien, zunächst auf den entsprechenden, dem Mittel- und Oberlappen der linken Lunge angehörigen Abschnitt einen Druck ausübt, wodurch proportional der Massenhaftigkeit des gesetzten Exsudates und der Contractionsfähigkeit der Lunge es zu einer Retraction der letzteren kommt und dadurch eben das Herz, resp. das mit Exsudat erfüllte Pericardium, in einem grösseren Umfange, als dies sonst der Fall, nunmehr an die vordere Brustwand zu

liegen kommt. Nimmt jedoch der Druck von Seite des Exsudates auf die Lunge wieder ab, so wird in demselben Maasse die Lunge entlastet und dehnt sich demgemäss wieder aus (schiebt sich wieder vor). Nun sei es begreiflich, dass bei einer Ansammlung von Flüssigkeit im Pericardium die oberen Abschnitte der Lunge bei eingenommener Rückenlage der Patienten einen weit grösseren Druck erfahren, als dies der Fall ist, wenn dieselben aufsitzen. In letzterem Falle nämlich sammele sich der pericardiale Erguss, da er nach den Gesetzen der Schwere stets den tiefsten Stand einzunehmen trachtet, in grösserer Massenhaftigkeit in dem unteren Abschnitte des Herzbeutels an, während dementsprechend im oberen Abschnitte desselben nunmehr die Menge des Exsudates eine geringere werde; oder mit anderen Worten: der untere Abschnitt des Herzbeutels fülle sich auf Kosten des oberen, sobald der Patient aus der liegenden in die sitzende Lage sich begiebt. Der Abnahme der Flüssigkeitsansammlung im oberen Theile des Herzbeutels proportional vermindere sich aber auch der Druck, welcher vom Exsudate her auf den Ober- oder Mittellappen oder auch auf beiden gelastet hatte; »die Lunge werde entlastet« und suche nun, wie sich dies aus den oben gemachten Auseinandersetzungen ergiebt, in demselben Grade, so weit es ihr eben erlaubt sei, dabei sich gleichzeitig auch wieder mehr mit Luft füllend, ihre einstige, d. i. vor der Erkrankung innegehabte Stellung wieder zu gewinnen, in Folge welchen Vorganges sich der bei liegender Lage des Patienten an und oberhalb der Basis des Herzens leer und dumpf gewesene Percussionsschall — in einem grösseren oder geringeren Umfange — in einen mehr oder weniger hellen Lungenton umwandelt.

Diese eben geschilderte Aenderung in den Percussionsverhältnissen bleibt nach St. jedoch nur so lange bestehen, als der Patient nicht wieder die Rückenlage aufsucht; sobald dies der Fall sei, ändere sich in demselben Augenblicke wider die Percussion, indem die früheren Verhältnisse sofort zurückkehren, wie sie bestanden hatten, bevor der Patient seine liegende mit einer sitzenden Lage vertauscht hatte.

St. glaubt nun, dass der Wechsel der Percussions-Erscheinungen, welche sich in der beschriebenen Weise bei Pericarditis, sobald die Verhältnisse dazu gegeben sind, vollzieht, auch eine gewisse diagnostische Bedeutung habe; namentlich dürfte derselbe aber seine Verwerthung finden, wenn die Diagnose »Pericarditis« insofern auf Schwierigkeiten stösst, als man nicht sicher ist, ob der oberhalb der Basis des Herzens vorhandene und in die Herzdämpfung hinein sich verlierende, mehr oder weniger gedämpfte und leere Percussionsschall nicht richtiger als der Ausdruck eines Infiltrates der Lunge zu betrachten sei. In letzterem Falle wird sich nämlich, mag d Kranke auf dem Rücken liegen oder aufrecht sitzen, kein U terschied im Percussionsschalle ergeben.

Gleichzeitig theilte Dr. Pins in der Versammlung des Wiener med. Doctorencollegiums über dieses neue Symptom bei Pericarditis verschiedene von ihm beobachtete Fälle mit, die St.'s Beobachtung bestätigen.

III. Chirurgie-, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Zur Frage der Heilbarkeit der Hernien, insbesondere vom militärärztlichen Standpunkte. Stabsarzt Dr. Villaret zu Berlin theilt in der Deutschen militärärztlichen Zeitschrift zur Aufklärung dieser besonders für Militärärzte höchst wichtigen Frage einige von ihm beobachtete Fälle mit:

Im November 1886 erklärte Villaret einen am 1. October desselben Jahres eingestellten Einjährig-Freiwilligen wegen eines plötzlich entstandenen, aber unzweifelhaften Leistenbruches für dienstunbrauchbar. Derselbe wurde auch als dienstunbrauchbar anerkannt und entlassen. — Bei der am 24. Mai 1887 stattgefundenen Superrevision konnte der superrevidirende Arzt jedoch keinen Bruch mehr constatiren. In Folge dessen wurde der Mann sofort seinem Truppentheil zum Weiterdienen wieder zugeschickt und V. wieder vorgestellt, der alsdann gleichfalls normale Verhältnisse an der Stelle des früheren Bruches constatirte. Der Mann hat dann seine Zeit ausgedient, jeden Dienst, auch ein Manöver, mitgemacht, ohne von einem Leiden wieder heimgesucht worden zu sein. Von seiner Entlassung bis zur Superrevision trug er ein Bruchband, liess es aber vom Tage der Wiedereinstellung an fort.

Auf Grund dieses Vorganges sah nun V., wiewohl derselbe für ihn keinerlei Folgen hatte, sich veranlasst, fortan seine Aufmerksamkeit in besonderer Weise auf die Hernien zu lenken. So constatirte er im vorigen Jahre bei einem Füsilier, der beim Tragen einer schweren Last auf die Kniee gefallen und sich aus dieser Lage ohne Unterstützung — die mit den Händen festgehaltene Last dabei auf der Schulter (also starker Anstrengung der Bauchpresse) — wieder erhoben hatte, einen Leistenbruch. Er meldete die Dienstunbrauchbarkeit des Mannes darauf hin an (den Bruch hatte V. sofort reponirt). Derselbe bekam ein Bruchband. Als V. nach etwa vier Tagen den Befehl zur Attestausstellung bekam, liess er sich den Mann wieder vorführen, doch konnte er jetzt keinen Bruch mehr constatiren; selbst bei forcirtem Husten trat eine Darmschlinge nicht einmal in den Leistencanal. Der Bruch war also geheilt. — Der Mann hat 2 Jahre gedient, ohne je wieder einen Bruch gehabt zu haben, ohne jemals überhaupt, sei es durch Schmerzen etc., wieder an den Bruch erinnert worden zu sein. — Ein diagnostischer Irrthum war absolut

ausgeschlossen, da, ausser V., zufällig noch zwei Collegen den Bruch als solchen erkannt hatten.

In den letzten Monaten hat V. nun zwei weitere, dem eben erwähnten ganz und gar gleichende Fälle von Heilung einer Leistenhernie beobachtet. Auch Collegen, u. A. kürzlich Stabsarzt Dr. Schwarze (Posen), haben ihm seitdem von ähnlichen Beobachtungen Mittheilung gemacht.

Hiernach muss es, wie V. meint, fraglich erscheinen, ob es richtig ist, dass jeder Mann, der plötzlich einen Bruch in Folge einer ganz aussergewöhnlichen, nur durch besondere Verhältnisse hervorgerufenen, also nur ausnahmsweise entwickelten Anstrengung der Bauchpresse bekommt, ohne Weiteres als mit einem Gebrechen behaftet angesehen wird, welches ihn vom militären Gesichtspunkte zunächst unter die Classe der körperlich minderwerthigen Leute einrechnet.

In der preussischen Armee war stets ein bestehender Bruch ein Grund für die Untauglichkeitserklärung eines noch nicht ausgehobenen Mannes, während ein in der Dienstzeit erworbener Bruch bis zum 2. April 1876 keinen Entlassungsgrund bildete. Erst an diesem Tage wurde die Verfügung erlassen, dass jede constatirte Hernie den Besitzer für den Militärdienst unbrauchbar mache. Doch machte man dabei schon damals eine Ausnahme, indem man die mit einem Bruchschaden behafteten Capitulanten gerechterweise weiter dienen liess, weil diese Leute doch zur Zeit ihres Capitulationsabschlusses keineswegs hatten voraussehen können, dass ihr früher nicht beanstandetes Gebrechen auf einmal als ihre Leistungsfähigkeit vermindernd oder gar aufhebend angesehen werden würde. Es haben hiernach lange Jahre hindurch in der Armee mit Bruchschäden behaftete und ein Bruchband tragende Leute nicht nur gedient, sondern auch den Dienstansprüchen genügt.

Nichtsdestoweniger ist es, wie V. hervorhebt, unzweifelhaft, dass Leute, welche einen ausgebildeten Bruch haben und auf das Tragen eines Bruchbandes angewiesen sind, für felddienstunfähig erachtet werden müssen, da es leicht kommen kann, dass im Felde das Bruchband defect wird, ohne dass ein Ersatz möglich ist, während der Betreffende ohne Bruchband leistungsunfähig wird. Der Schwerpunkt der Frage gipfelt aber darin: Muss jeder junge Mann, welcher durch irgend eine plötzliche Anstrengung einen Bruch bekommen hat, sofort als dienstunbrauchbar angesehen werden? Und an diese Frage knüpfe sich sofort die zweite: Welche Zeit könnte man wohl für ausreichend erachten, um einen frisch entstandenen Bruch zur Heilung zu bringen? Letztere Frage wird nach V. u. A. auch durch die häufige Thatsache illustr
dass sich bei der Musterung, besonders der Einjährigen,
der Kinder aus den besseren Ständen, junge Leute mit e

Bruchbande vorstellen. Deutlich zeigt die Druckstelle, wo die Pelotte liegt, dass das Band lange Jahre getragen ist. Der Untersuchte gibt an, er habe seit der Kindheit einen Bruch und trage auch so lange ein Bruchband. Man findet einen völlig verschlossenen Leistencanal, stellt den Mann ein, und dieser dient ohne Beschwerde, aber auch ohne Bruchband sein Jahr ab.

Daraus resultirt, dass man 1. frisch entstandene, und 2. die lange bestehenden und ein Bruchband erfordernden Hernien von einander trennen muss.

Die Frage, in welcher Zeit ein frischer Bruch und unter welchen Bedingungen er heilen könne? muss V. aber als eine noch offene erklären. Uebrigens habe auch das Invaliden-Departement des Kriegsministeriums diese Heilbarkeit bereits ausgesprochen, indem es in einer Verfügung vom 30. Juni 1878 bestimmt habe, dass es sich empfehle, in der Regel die Anerkennung von Invalidität in Folge von Bruchschäden nicht von vornherein als eine dauernde eintreten zu lassen, vielmehr sie möglichst lange auf Zeit auszusprechen, da erfahrungsmässig in manchen Fällen die Heilung von Bruchschäden und damit die Wiederkehr der Felddienstfähigkeit bei den Betreffenden stattfinden werde.

Was nun die Art von Brüchen betrifft, die schnell heilen, so weist V. auf folgenden ihm vorgekommenen Fall hin, der für die Beantwortung dieser Frage einen Fingerzeig geben dürfte. Es wurde ihm einst in Koblenz ein Officieraspirant zur Untersuchung vorgeführt, den er für brauchbar erklärte. Bei der Untersuchung war ihm aufgefallen, dass der rechte Leistencaeal sehr weit war, und dass auch eine ausserordentlich weite Bruchpforte vorhanden war. Der junge Mann sagte auf Befragen, dass er von einem Bruch nichts wisse. Er wurde zur Einstellung in das Pionnier-Bataillon nach M. geschickt. Drei Tage darauf kam von dort die Nachricht, dass der X. bei der Untersuchung mit einem rechtsseitigen ausgebildeten äusseren Leistenbruch behaftet befunden und in Folge dessen für dienstunbrauchbar erklärt worden sei. Der Bruch musste also, da V. ihn unmöglich übersehen hatte, in den verflossenen 3 Tagen entstanden sein, was bei dem weiten Leistencanal und der weiten Bruchpforte — also bei der bestehenden Bruchanlage — auf der Reise beim mehrmaligen Einsteigen in Waggons. d. h. bei wiederholter lebhafterer Anstrengung der Bauchpresse, wohl möglich war.

Daraus möchte V. nun zunächst schliessen, dass bei gewöhnlichem Anlass, jedenfalls nicht bei besonders grosser Anstrengung, sondern bei gewöhnlichen, häufiger und regelmässiger im Leben sich wiederholenden Körperbewegungen entstandene Brüche, noch dazu bei vorhandenem weiten Leistencanal und offener Bruchpforte (Bruchanlage), nicht zu denen gehö-

ren, denen eine rasche Heilbarkeit zu vindiciren ist. Ueberhaupt werde es bei Beurtheilung der Heilungsfähigkeit neu entstandener Hernien wesentlich auf die Entstehungsart ankommen: entstand der Bruch bei einer gewöhnlichen, häufig wiederkehrenden Körperbewegung, so werde die Prognose, quoad Heilung, ungünstig sein; — wurde im Gegentheil der Bruch erzeugt bei ganz aussergewöhnlicher Veranlassung — also z. B. beim sich Erheben eines auf die Kniee gefallenen, eine schwere Last auf den Schultern mit Hilfe der Hände (die also als Stütze nicht benützt werden können) tragenden Mannes, so sei nach vollbrachter Reposition eine Heilung eher zu erwarten. Zweifellos weisen derartige Fälle, wie die mitgetheilten, darauf hin, dass man auch bezüglich die Hernien in strengster Weise individualisiren müsse, keineswegs alle Leistenbrüche von einem und demselben Gesichtspunkte aus zu beurtheilen sind.

In folgenden Sätzen fasst schliesslich V. das Resultat seiner Erwägungen zusammen:

1. Neu entstandene Hernien sind im Princip als heilbar anzusehen, jedenfalls sind sie nicht von vornherein den länger bestehenden Brüchen, welche nur mittelst eines dauernd getragenen Bruchbandes zurückgehalten werden, gleichzustellen. — 2. Die Prognose für die Heilbarkeit ist um so günstiger, je frischer die Hernie ist und um so weniger Zeit zwischen dem ersten Auftreten des Bruches und seiner Reposition und demnächstigen dauernden Zurückhaltung verstrichen ist. — 3) Eine Hernie, welche bei einer nicht aussergewöhnlichen Anstrengung und bei einer öfter wiederkehrenden Körperbewegung oder Anstrengung entstand, bietet weniger Aussicht auf Heilung, als eine bei aussergewöhnlicher Kraftanstrengung und nur selten vorkommender Lage oder Haltung des Körpers entstandene. — 4. Weiter Leistencanal, offene Bruchpforte (Bruchanlage) verschlechtern die Prognose bezüglich der Heilbarkeit erheblich. — 5. Mit Hernien behaftene Mannschaften sind erst dann vom Truppenarzt als dienstunbrauchbar anzusehen, wenn sich nach einer je nach dem concreten Falle verschiedenen Beobachtungszeit herausstellt, dass der Besitzer des Bruches durchaus ein Bruchband zu tragen gehalten ist, weil ohne ein solches der Bruch stets recidivirt.

Wie bedeutend die Zahl der alljährlich wegen Hernien aus der Armee ausscheidenden Unterofficiere und Mannschaften ist, ergiebt sich aus einer von V. beigefügten, leider nur auf den Zeitraum vom Jahre 1873 bis zum Jahre 1882 sich erstreckenden Uebersicht, welche die in Folge von Hernien, die durch ein Bruchband zurückgehalten werden können, dienstunbrauchbar und die in Folge eben solcher Hernien für halbinvalide erklärten Leute umfasst. — Nimmt man nur die ausgebildeten Dienstunbrauchbaren und die Halbinvaliden der

ten drei Jahre aus dieser Uebersicht, da man bei diesen a priori annehmen kann, dass der die Unbrauchbarkeit, beziehungsweise Invalidität bedingende Bruch während der Dienstzeit entstand, also ein frischer Bruch war, so gingen in diesem Zeitraum 1345 Mann, also fast ein halbes kriegsstarkes Regiment und vier vom Tausend, der Armee verloren, da gerade von diesen kaum einer wieder für dienstfähig erklärt wird. Rechnet man aber die unausgebildeten Bruchkranken dieser dreijährigen Periode noch hinzu, nämlich 1441 Mann, so ergibt sich eine Gesammtzahl von 2785 Mann, d. h. von je 10,000 Mann wurden 84 in dieser dreijährigen Periode in Folge von Bruchschäden unbrauchbar für den königlichen Militärdienst.

Bakteriologische Untersuchungen über die in der Augenheilkunde gebrauchten Antiseptika. Von Weeks in New-York (Archiv f. Augenheilk. XIX. Bd., Heft 1). In einer grossen Arbeit veröffentlicht John Weeks seine zahlreichen Untersuchungen über die antiseptischen Eigenschaften der verschiedenen lokalen Heilmittel in der Augenheilkunde und deren Brauchbarkeit; er nimmt dabei Rücksicht auf die irritirende oder nichtirritirende Wirkung dieser Mittel auf die Conjunctiva und die Schnittflächen der Haut und fügt schliesslich die besten Methoden für die Sterilisation der Instrumente bei. Für alle Versuche wurde der Staphylococcus pyogenes, der bei Augenkrankheiten am meisten verbreitete Coccus, verwendet. Im Ganzen wurden zwölfhundert Experimente gemacht. Von den Resultaten sind folgende hervorzuheben:

Sublimat zerstört die Vitalität der Mikroorganismen nach 10 Sekunden in einer Lösung 1:500, nach 3 Minuten in 1:5000, nach 12—15 Minuten in 1:20,000. Eine Lösung von 1:5000 ist für die Conjunctiva reizlos.

Die Panas'sche Lösung, die in vielen Ländern ausschliesslich als Antisepticum gebraucht wird, hat die Zusammensetzung Hydr. bijod 0,05, Alkohol 20,0, Aqu. d. 10000,0; sie reizt das Auge ein wenig und zerstört den Staphylococcus nach 2—3 Tagen.

Argentum nitricum tödtet die Mikroorganismen in einer 10 pCt. Lösung in 4 Sekunden, in einer 2 pCt. in 8 Sekunden, in einer 1 pCt. in 12 Sekunden, in einer 0,1 pCt. in 4 Minuten, woraus sich ergibt, dass dieses Mittel ein ausgezeichnetes Parasiticid schon in Lösungen ist, welche die Schleimhäute noch gar nicht reizen. In einer Minute wirkt bakterientödtend: Salicylsäure in 1:600, Kali hypermang. in einer 1 pCt. und Karbol in $2^1/_2$ pCt. Lösung; wird die letztere Lösung in den Conjunctivalsalsack geträufelt, so verursacht sie eine schwere Reizung. Ausserdem werden die Sporen von sporenbildenden Bacillen von dieser nur langsam angegriffen. Absoluter Al-

kohol zerstört die Vitalität nach 4—12 Sekunden, 60 pCt. aber erst nach 10—15 Minuten. Die Bindehaut wird durch 10 pCt. Alkohol schon stark gereizt. Chlorwasser steht als ausgezeichnetes Antiseptikum fast auf gleicher Stufe mit Sublimat und Lapis; er muss aber stets in frischer Lösung verwendet werden. Dagegen hat Borsäure sehr geringen Werth, denn in einer 4 pCt. Lösung bleibt der Staphylococcus 10 Tage lebensfähig. Von den antiseptischen Pulvern zerstört Kalomel die Keime in 3 Minuten. Jodoform hemmt ihre Entwicklung nach 12 Stunden. Oleum cadini wirkt parasiticid in 5 Minuten.

Fasst man das Gesagte zusammen, so kann man die folgenden Substanzen als wirksame Antiseptica hinstellen, und zwar in einer Lösung, in welcher sie die Gewebe nicht reizen: Sublimat 1:1000 — 2000 auf Schnitt- und Eiterflächen, 1:4000—8000 auf Schleimhäuten; Höllenstein 1:100 — 500 auf Schleimhäuten, Karbolsäure $2^1/_2$ pCt., hypermangans. Kali 1:100—200 und Alkohol 66 pCt. nur auf der äussern Haut auf Schnitt- und Eiterflächen. Kalomel ist das wirksamste antiseptische Pulver, das wir besitzen.

Die Sterilisation von Instrumenten kann durch 1. mechanische, 2. chemische, 3. thermische Prozeduren erfolgen. Ad 1: Reines, trockenes Leinen ist steril und für die Reinigung der Instrumente brauchbar, denn auf trockenem Gewebe können sich Bakterien nicht fortpflanzen. Die Instrumente müssen scharf, glatt und gut polirt sein. Der geringste Rostfleck ist ein Sammelplatz von Keimen. Ad 2: Höllenstein und Sublimat verursachen einen Niederschlag auf den Instrumenten; 3—5 pCt. Karbollösung wirkt nach Einwirkung von 3—5 Minuten bakterientödtend; vor dem unmittelbaren Gebrauch können die Instrumente durch eine nicht zeizende Flüssigkeit, wie die Panas'sche Lösung oder kochendes Wasser, durchgezogen werden. Alkohol ist, da er die Lebensfähigkeit der auf Instrumenten getrockneten Keime nicht zerstört, unverlässlich, auch wenn er absolut oder 95 pCt. ist. Ad 3: Zur Desinfektion von Instrumenten durch Wärme kann trockene oder feuchte Hitze gebraucht werden. Der Staphylococcus pyogenes wird bei einer Temperatur von 74° C. vernichtet; bei trockener Hitze muss die Temperatur höher sein. Kochendes Wasser zerstört den Staphyloc. bei blosser Berührung. Nach der Meinung des Verf. ist mechanische, kombinirt mit thermischer Sterilisation (kochendes Wasser) die beste Desinfektionsmethode für Instrumente. Das Operationsfeld auf der äusseren Haut muss nach Seifenreinigung mit Sublimat 1:2000—5000, die Hand des Operateurs mit Sublimat 1:2000 desinfizirt werden.

IV. Geburtshilfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber Blutungen in der Geburtshilfe und Gynäkologie, deren Quellen und Behandlungsmethoden. Von R. Lomer. (Volkmann's Sammlung, klin. Vorträge 1888. 321.) Blutung nach aussen kann aus jedem einzelnen Abschnitt des weiblichen Genitalcanals entstammen. Aus dem Introitus können Blutungen bedingt sein durch Varices, Dammrisse und Risse der Urethralgegend. Bei einem geplatzten Varixknoten ist die Digitalcompression, bei Verletzungen in der Urethralgegend eventuell die Naht angezeigt. Letztere können nach schwierigen Entbindungen besonders Erstgebärender, oder nach dem ersten Coitus vorkommen. Blutung aus der Vagina ist durch ein primäres Carcinom daselbst, durch unpassende oder zu lange getragene Pessare, durch senile Kolpitis oder, wohl am häufigsten, durch Risse bei der Geburt verursacht. Im ersteren Falle wird Excochleation, Ferrum candens, eventuell die Exstirpation anzuwenden sein. Pessare sind zu entfernen und danach Ausspülungen vorzunehmen. Kolpitis senilis heilt auf Einpuderung mit Alaun. Läsion der senil veränderten Scheide durch den Coitus erforderte in einem Falle die Tamponade. Bei intra partum entstandenen Rissen lasse man die Frau mit zusammengebundenen Schenkeln ruhig liegen.

Von der Portio und der Muttermundslippe stammende Blutungen sind veranlasst durch Cancroid, suspecte Geschwüre, Erosionen oder Ektropien mit Cervixrissen. Bei Cancroid ist die Totalexstirpation des Uterus angezeigt. Ein palliatives Verfahren, wo eine radicale Heilung nicht mehr möglich, besteht in der Excochleation und Anwendung von Ferrum candens, gegen Erosionen werden Holzessig-Eingiessungen, Lapis-Touchirung oder Auswaschung des Cervix mit Jod empfohlen. Bei syphilitischen Geschwüren ist die antisyphilitische Cur das beste Blutstillungsmittel. Bei Cervixrissen ist die E m m e t'sche Operation auszuführen.

Blutungen im Cervixgebiete stammen von Myomen, Carcinomen chronischen Katarrhen mit Polypen, frischen Cervixrissen intra partum oder endlich von Cervicalaborten (Molen) her. Bei kleinen Myomen der Muttermundslippen sind heisse Douchen das beste Mittel bei Carcinomen des Cervix ist so früh als möglich die Totalexstirpation vorzunehmen. Polypen werden einfach abgedreht, dann hören die Blutungen sofort auf. Frische Cervixrisse, welche unmittelbar nach der Geburt des Kindes bluten, im Gegensatze zu den atonischen Blutungen, erfordern die exakte Naht. Molen sind ehestens zu entfernen.

Bei Blutungen aus dem Uterus ist es wichtig, zu eruiren: ist derselbe normal gross oder vergrössert? Im ersteren Falle

kann Menorrhagie, Retroflexio, chronische Atonie oder Stauung durch die Nachbarorgane vorliegen. Hierher gehören auch entzündliche Vorgänge, Tumoren, Blutergüsse in der Nachbarschaft. Bei vergrössertem Uterus ist die Blutung durch chronische Metritis und Enmetritis oder durch Neubildungen, wie Polyp-Myome, Adenom, Carcinom, Blasenmole veranlasst, oder sie hängt mit der Gravidität zusammen: drohender Abort, vorzeitiger Lösung der Placenta, Placenta praevia, Retention von Placentartheilen, Atonie, Neubildung im Uterus neben Schwangerschaft, Subinvolutio, endlich Uterus-Rupturen.

Bei Menorrhagie und Retroflexion ist die Therapie klar. Der chronisch-atonische Uterus, charakterisirt durch aussergewöhnliche Weichheit bei normaler Grösse, wird am zweckmässigsten mit dem constanten Strom behandelt; Auskratzung, heisse oder kalte Douche, Jodinjection, Tamponade, Secale helfen gar nicht oder nur vorübergehend. Liegt die Ursache der Blutung in Stauungen oder Fluxionen in Folge von pathologischen Vorgängen in der Nachbarschaft des Uterus, so ist eine symptomatische Therapie am Platze. Im entsprechenden Falle ist operativ vorzugehen.

Bei chronischer Metritis mit Menorrhagien hält Vf. die regelmässig vor jeder Menstruation vorzunehmende Scarification für ein souveränes Mittel. Chronische Enmetritis erfordert die Entfernung der Wucherungen der Schleimhaut und nachfolgende Intrauterintherapie, um einer Wiederholnng der Schleimhauterkrankung vorzubeugen. Von den Myomen veranlassen nur die submucösen oder als Polypen in die Uterushöhle ragenden Blutungen, erstere in Folge der begleitenden Endometritis. Für manche Fälle eignen sich die Ergotin-Einspritzungen, sonst wird die operative Entfernung indicirt sein: Myomotomie oder Enucleatio per vaginam.

Einen drohenden Abortus sucht man palliativ aufzuhalten. Gelingt dies nicht, treten Tamponade und Ausräumung des Uterus in ihre Rechte. Blutung in Folge von Placenta praevia erheischt die combinirte Wendung. Nur für leichtere Fälle passt der einfache Blasensprung, die Temponade etc. Diese Mittel kommen auch bei vorzeitiger Lösung der Placenta in Betracht. Sind zurückgebliebene Placentartheile Ursache der Blutung, so sind dieselben zu entfernen. Therapie bei Atonie: heisse Douchen, Secale, Ergotin. In extremis wäre die Laparotomie mit Umschnürung des Collum mittelst Gummischlauches und Abtragung des Uterus darüber gerechtfertigt. Bei Neubildungen im gebärenden Uterus hat man sich möglichst exspectativ zu verhalten. Subinvolutio uteri erfordert heisse Douche und Secale.

Die Erkennung der eigentlichen Quelle und Ursache der Blutung muss in jedem einzelnen Falle der Wahl des Blutstillungsmittels vorangehen.

Verschiedenes.

Kochsalzklystiere an Stelle der Transfusion. Nach einem colossalen Blutverlust post partum hat Rainsford Kochsalzklystiere an Stelle der Transfusion mit ausgezeichnetem Erfolge angewendet. Bei seiner Ankunft hatte die Pat. schon eine enorme Menge von Blut verloren, delirirte und erbrach, während die Blutung fortdauerte. Nach Stillung derselben war die Frau schon hochgradig collabirt; ein Theelöffel voll Flüssigkeit, in den Schlund eingegossen, wurde sofort wieder ausgeworfen. Es wurden nun Clysmata mit einer lauen Kochsalzlösung, 50—100 Gramm auf einmal, alle 10—15 Minuten applicirt. Dieselben wurden sehr rasch resorbirt, so dass Pat. nach 2 Stunden wieder bei Bewusstsein und im Stande war, die per os gereichte Flüssigkeit zu behalten. — Dieses Verfahren, welches in dem beschriebenen Falle zweifelsohne lebensrettend war, empfiehlt sich besonders dann wenn die Instrumente zur Transfusion nicht zur Hand sind.

Ein neues Anthelminticum empfiehlt Parisi in den Kokosnüssen, das allen anderen Anthelminticis vorzuziehen ist, weil es keine Vorbehandlung erfordert. P. ass das Endokarpium einer Nuss, nachdem er den Saft derselben getrunken hatte. Nach 2 Stunden Uebelkeit, Magenbeschwerden und leichte Diarrhöe. Am folgenden Morgen entleerte er eine Tänie sammt Kopf. Darauf wurde das Mittel noch in 6 anderen Fällen versucht und jedes Mal derselbe günstige Erfolg erzielt. (Therap. Monatsh. Nr. 1, 1889.)

Die Schutzpockenimpfung und ihre Ausführung. Ein Leitfaden für Aerzte und Studirende. Von Dr. E. Peiper. Urban u. Schwarzenberg. Wien 1888. Preis 2 Mk. 50 Pfg.

Peiper, welcher mit dem Impfunterricht an der Universität Greifswald betraut ist, hat im vorliegenden Leitfaden in gedrängter Darstellung alles Wissenwerthe und praktisch Nothwendige zusammengestellt. In anregender Weise wird besprochen 1) die Geschichte der Pockenepidemien, 2) die Aetiologie, 3) die Inokulation (Variolation) der Pocken, 4) das Verhältniss der Thierpocken zu den Menschenpocken, 5) Vaccination und Revaccination, 6) die Schutzimpfung, 7) die verschiedenen Lymphen, ihre Gewinnungs- und Conservirungsmethoden, 8) Technik und Hygiene der Impfung nach den Beschlüssen der Reichs-Impfkommission vom Herbst 1884, 9) der Verlauf der Schutzpocken, 10) die Pathologie der Impfung, 11) die Impfgegner und 12) der Werth der Impfung. Als Anhang folgt eine Zusammenstellung der wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen über das Impfwesen in Deutschland. Allen Aerzten, die sich für Impfen und Impftechnik interessiren, können wir diesen mit hervorragender Sachkenntniss abgefassten, die Interessen des praktischen Arztes besonders berücksichtigenden Leitfadens sehr empfehlen.

Verleger: G. Rathgeber in Wetzlar.
Redacteur: Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Gedruckt bei Ferd. Schnitzler in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 3. **XXX. Jahrgang.** **März, 1889.**

Diese Zeitschrift erscheint monatlich zu 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Verlagshandlung** zu richten.

Inhalt:

Die Bekämpfung der Infectionskrankheiten, insbesondere der Kriegsseuchen. — Die therapeutische Verwendung des Jodols bei inneren Krankheiten. Ueber die Wirkungsweise der Mineralbäder. — Ueber Raumbeklemmungsgefühle bei Raumwahrnehmungen und bei Bewegungen im Raume. Ueber die Behandlung der Tabes dorsualis durch Suspension. Zur Diagnostik der Unterleibsgeschwülste. — Zur Antiseptik. Ueber die Störungen der Harnentleerung bei Prostatahypertrophie. — Die Georg Engelmann'sche trockene gynäkologische Behandlung. Kochsalz bei Diphtherie. Zur Behandlung der Bronchopneumonie der Kinder. — Zur Behandlung diarrhoischer Zustände. Die Kartoffelkur bei verschluckten Fremdkörpern. Zur Verhütung des Decubitus.

Die Bekämpfung der Infections-Krankheiten, insbesondere der Kriegs-Seuchen.

Von Geheimerath R. Koch in Berlin.

K., welchem die Aufgabe zu Theil wurde, am 2. August 1888 als dem 93. Gedenktage der Stiftung der militärärztlichen Bildungs-Anstalten zu Berlin die Festrede zu halten, wählte als Thema für dieselbe einen Gegenstand, der für die Aerzte im Allgemeinen von wesentlicher Bedeutung ist, nämlich die Bekämpfung der Infections-Krankheiten, wobei er der Gedenkfeier Rechnung tragend die Aufmerksamkeit besonders auf die Kriegs-Seuchen richtete. Die Gesichtspunkte, von welchen aus Koch diesen Gegenstand betrachtete, sind mehr allgemeiner Natur und die Darstellung, wie wohl bei der bekannten strengen Logik des Vortragenden kaum hervorgehoben werden muss, eine durchwegs klare und übersichtliche. Alle wesentlicheren Momente finden die ihnen gebührende Beachtung. — Wie die in früheren Zeiten gesammelten Erfahrungen zeigen, haben häufig die Infections-Krankheiten, die Heeres-Seuchen, eine unverhältnissmässig grosse Zahl von Opfern gerade im Kriege gefordert. Nur die Hygiene ist berufen, uns dieser Gefahr gegenüber Schutz zu bieten. Dass wir wirksame Mittel besitzen, um die verderblichsten Kriegs-Seuchen in enge Gränzen zu bannen oder gänzlich abzuwehren, dafür geben uns die Verhältnisse des Krim-Krieges ein schlagendes Beispiel, indem das Mortalitäts-Verhältniss für Infections-Krankheiten bei den Franzosen sich viel höher erwies als bei den Engländern. Die Erklärung hiefür gibt uns der Umstand, dass man in der englischen Armee die Rathschläge der Aerzte befolgte, während es der

französischen Aerzten durch vielfache Anordnungen unmöglich war, die ihnen nothwendig erscheinenden hygienischen Massregeln durchzuführen. Es geht daraus hervor, dass wir Mittel besitzen um die Zahl der Infections-Krankheiten erheblich zu reduciren und es frägt sich nur, in welcher Weise man den Letzteren steuern kann. — Koch trennt die prophylaktischen Massregeln gegen die Seuchen in zwei grosse Gruppen und zwar in solche, welche für alle Infections-Krankheiten gemeinschaftlich gelten, und in solche, welche den besonderen Eigenschaften einer jeden einzelnen Infections-Krankheit angepasst sind. Nur die Erstere der beiden genannten Gruppen hat K. hier in das Auge gefasst. Die Infections-Krankheiten gehören sämmtlich zu den parasitischen Krankheiten; sie werden nicht durch gasförmige, sondern nur durch feste staubförmige Stoffe bedingt; sie entstehen daher nur durch die Verschleppung ihrer specifischen Keime, niemals aber durch schlechte hygienische Verhältnisse allein; Letztere können allerdings Vermehrung und Ausbreitung dieser Keime begünstigen. Die Entwicklung einer Infections-Krankheit aus einer Anderen ist nicht möglich. Die verschiedene Intensität der Erkrankungen im Verlaufe einer Epidemie deutet auf Abweichungen der Virulenz in den verschiedenen Phasen der Epidemie hin. Wenn auch manche pathogene Mikroorganismen im trockenen Zustande eine gewisse Zeit lebensfähig bleiben, so findet eine Vermehrung derselben nur im feuchten Zustande statt. Erst dann, wenn die Flüssigkeit als solche zerstäubt wird oder wenn sie eintrocknet und der vertrocknete Rückstand in Staub verwandelt wird, können sich die Mikroorganismen, an den Staub-Theilen haftend, in die Luft erheben, wo sie sich jedoch wegen ungenügender Feuchtigkeit nicht vermehren können. Die Luft ist auch desshalb viel weniger geeignet, zur Verbreitung von Infections-Krankheiten beizutragen, als Flüssigkeiten, insbesondere das Wasser. Bei hinreichender Feuchtigkeit bietet der Boden an seiner Oberfläche sehr günstige Lebens-Bedingungen für die Mikroorganismen, während nach der Tiefe zu trotz zunehmender Feuchtigkeit diese Verhältnisse wegen der niedrigen Temperatur ungünstig werden. Nach dem Gesagten wird man sonach ein Vertrocknen und Zerstäuben der Infections-Stoffe verhindern oder wenigstens für ein Abführen des Staubes womöglich im Augenblicke des Entstehens aus der Umgebung der Menschen Sorge tragen müssen. Die Entfernung infectionsverdächtigen Staubes ist der Hauptzweck der Ventilation von Räumen, welche infectiösen Kranken zum Aufenthalte dienen. Dem Grundwasser kommt nur insofern eine Bedeutung zu, als dasselbe Infections-Stoffe, welche durch Spalten oder in Geröll- und Kies-Boden, welcher nicht mehr filtrirt, in das Grundwasser gelangen, aufnehmen und in die Brunnen fortspülen kann. Welche Be-

deutung dem Wasser, insbesondere offenstehenden und fliessenden Wässern, für die Verbreitung von Infections-Krankheiten zukommt, ist hinlänglich bekannt. — Einzelne Infections-Stoffe können nur im Körper leben; ihre Verbreitung erfolgt entweder durch unmittelbare Berührung oder in Staubform durch die Luft. Andere Infections-Stoffe können auch ausserhalb des Körpers leben und sich vermehren, wovon Einige auf das Wasser, Andere auf den Boden als Wohnstätte angewiesen sind. Das prophylaktische Vorgehen gegen die Infections-Krankheiten muss auch mit Rücksicht auf die Wege, auf welchen die Infection erfolgt, organisirt sein. Schon vor dem Ausbruche der Seuche müssen gewisse gegen die einzelnen Arten der Uebertragung gerichtete Vorkehrungen getroffen werden. Jedes unnöthige Zusammendrängen der Menschen soll vermieden, für eine zweckmässige Ventilation der Räume soll gesorgt werden; der Boden soll an seiner Oberfläche trocken gehalten und alle Dinge, welche Infections-Stoffe enthalten, sollen von der Oberfläche des Bodens ferngehalten werden. Eine besondere Sorgfalt ist auf eine gute Wasserversorgung sowie auf Reinhaltung der Wohnung, der Kleider und des menschlichen Körpers selbst zu verwenden. — Ist nun aber einmal eine Infections-Krankheit ausgebrochen, so muss man gleich zu Anfang gegen den Infections-Stoff selbst ankämpfen. Dazu ist aber das richtige Erkennen der ersten Fälle und für dieses die Kenntniss und zweckmässige Verwendung der mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungs-Methoden nothwendig. Bereits die ersten Seuchen-Fälle müssen sofort vollständig isolirt werden. Ferner muss nach Möglichkeit der vorhandene oder der vom Kranken producirte Infectionsstoff vernichtet werden. Dies wird durch Desinfection eventuell durch Verbrennen der inficirten Gegenstände geschehen müssen. Gelingt es nicht, zu Beginn einer Seuche dieselbe zu bekämpfen, dann muss mit grösster Energie wie mit allen allgemeinen und besonderen Massregeln gegen dieselbe zu Felde gezogen werden oder es kann im Kriege selbst ein Ort-Wechsel sich als nothwendig herausstellen. Was insbesondere die Pocken betrifft, so wird die Präventivimpfung für die Armeeen unter keinen Umständen entbehrt werden können.

(Centralbl. f. Bakteriologie und Parasiten-Kunde, 1889, 8. Februar.)

I. Pharmacologie und Balneologie.

Die therapeutische Verwendung des Jodols*) bei inneren Krankheiten. Von Dr. D. Cervesato, Docent für Laryn-

*) Jodolum = $C_4 J_4 NH$; procentisch zusammengesetzt: C. 8, 40 H. 0,18 N. 2, 46, J. 88, 96; Moleculargewicht: 571.

goskopie und Pädiatrie an der Königl. Universität zu Padua. I. Gruppe: Scrophulose. Die ersten Versuche wurden bei Scrophulose angestellt, da bei dieser Krankheit die Nützlichkeit der Jodpräparate über jeden Zweifel erhaben ist. Sowohl bei einfachem Lymphatismus, nämlich bei Neigung zu scrophulösen Erkrankungen, als auch bei völlig entwickelten scrophulösen Erscheinungen hat C. auffallend rasche Erfolge zu verzeichnen gehabt, die in verschiedenem Grade, je nach der Form und Aeusserung der Krankheit sich geltend machten.

Die Wirksamkeit des Jodols tritt besonders oder geradezu ausschliesslich bei der torpiden Form der Scrophulose auf, in den verschiedenen Aeusserungen derselben, namentlich bei torpiden Schwellungen noch nicht eiternder Lymphdrüsen, und zwar nicht nur bei Schwellung der Hals- und Leistendrüsen, sondern auch in einigen Fällen, wo die Betheiligung der Bronchial- und Mesenterialdrüsen zu vermuthen war.

Im geringen Grade zeigte sich das Jodol bei scrophulösen Erscheinungen der Schleimhäute, und besonders jener der Nase und des Rachens wirksam, sowie auch bei der scrophulösen, eiterigen Otitis.

Am allerwenigsten erfolgreich war die Verwendung bei scrophulöser Dermatitis, wie Impetigo und verschiedene Formen von Ekzem.

Ueber die Nützlichkeit des Jodols bei scrophulösen Knochenerkrankungen wurde bis jetzt noch nicht genügendes Beobachtungsmaterial gesammelt.

In allen den hier angetührten Fällen hat C. das Jodol in täglichen Dosen von 0,5 bis 1 und 1,5 Grm., je nach dem Alter des Kindes, innerlich verabreicht, und die Behandlung konnte ohne Unterbrechung während zwei bis drei Monaten anstandslos fortgeführt werden. Die innere Behandlung wurde bei chronischen Adenitiden durch Einreibungen mit Jodolsalbe (1 Theil Jodol auf 15 Theil Vaselin), bei constitutionellen Katarrhen durch zweckmässig ausgeführte Jodoleinblasungen, und bei scruphulösen Hauterscheinungen durch Bestreuung mit Jodolpulver unterstützt.

Das Jodol, wurde stets vortrefflich vertragen, niemals traten Verdauungsstörungen ein, und es wurde sogar beim Jodolgebrauch Zunahme des Appetits und Wiederherstellung der normalen Darmthätigkeit beobachtet, wenn letzterer vorher mangelhaft gewesen war.

II. Gruppe: Krankheiten der Athmungsorgane. Das Jodol wurde in Dosen in 1—5 Grm. täglich innerlich verabreicht und ausserdem durch Inhalation oder durch Einblasungen in den Kehlkopf zur directen Einwirkung gebracht.

Zu den Inhalationen wurde ein Präparat verwendet, welches aus einer wässerig alkoholischen Glycerinlösung bestand, in der das Jodol in feinster Vertheilung enthalten war. Zur

Darstellung dieses Präparates werden 1 Theil Jodol in 4 bis 5 Theilen absol. Alkohol in der Wärme gelöst und zu der wenn nöthig abfiltrirten Flüssigkeit 10 Theile auf etwa 60 bis 70 Grade erwärmten, starken Glycerins hinzugegeben. Hiebei darf keine Ausscheidung von Jodol erfolgen, und bevor eine solche durch Abkühlung eintritt, wird die gelbbraune Lösung mit 10 Theilen Wasser unter starkem Rühren versetzt. Auf diese Weise wird das Jodol sofort aus der concentrirten Lösung gefällt, ohne sich aber sogleich abzusetzen, und bildet eine milchige Flüssigkeit von weisser bis gelblicher Färbung. Zur Inhalation wurde stets der Brügelmann'sche Zerstäubungsapparat verwendet und wurde dieselbe in der Weise ausgeführt, dass man die vorher anhaltend aufgeschüttelte Jodolemulsion erst dann in den Inhalationsbecher einfüllte, wenn der Dampf aus dem Kesselchen schon auszuströmen begann. Beim Einhalten obiger Massregeln gelingt die Zerstäubung ohne Anstand und es werden jedesmal etwa 15 Grm. der Flüssigkeit verwendet.

Bei der fortgeschrittenen Lungentuberkulose erwies sich die Jodolbehandlung erfolglos, und ebenso konnte bei der primären Kehlkopftuberkulose die vollständige Heilung nicht herbeigeführt werden, obwohl sich im letzteren Falle deutliche Besserung sowohl des localen Zustandes, wie auch der anderen Krankheitssymptome nachweisen liess.

In den acuten und chronischen katarrhalischen Laryngitiden wurde hingegen das Jodol mittelst Einblasungen oder Inhalationen mit grossem Erfolge angewendet. Besonders bei subacuten Formen war eine rasche Besserung sofort bemerkbar, das Jodol wurde gut vertragen, und dies auch in jenen Fällen, wo jede andere Behandlung unerträglich erschien.

Das Jodol wurde ferner mit Vortheil bei einem Falle von ausgedehntem, trockenem Katarrh (Laennec) mit recurrirenden, asthmatischen Anfällen, bei Kindern, die an trockener Bronchitis (Steiner) litten, in drei Fällen von stationärem, pleuritischem Exsudat und in einigen Fällen von chronischem Bronchialkatarrh angewendet.

In allen den hier angeführten Fällen von Erkrankungen der Luftwege wurde das Jodol stets gut vertragen, und übte dasselbe in keinem Falle, auch wenn es als Inhalation angewendet wurde, eine reizende Wirkung auf die Luftwege aus.

In den meisten Fällen war eine günstige Veränderung der verschiedenen Symptome und namentlich des Hustens zu beobachten, welcher in der Regel unter dem Einflusse des Jodols seltener, weniger trocken und minder lästig wurde.

Die günstigsten Erfolge sind bei den Kehlkopfkrankheiten zu verzeichnen gewesen, daher sind nicht alle Jodpräparate contraindicirt bei Lungenkrankheiten, die von Kehlkor

läsionen begleitet sind, und ist die Anwendung des Jodols in diesen Fällen sogar besonders vortheilhaft.

III. Gruppe: Tertiäre Syphilis. Bei den tertiär-syphilitischen Affectionen liefert die Anwendung des Jodols ausserordentlich günstige Resultate.

In zwei Fällen, in welchen aus Gummata sich im Rachen, am weichen und am harten Gaumen ausgedehnte, tiefe, syphilitische Geschwüre gebildet hatten, wodurch in einem Falle sogar die Perforation des harten Gaumens bewirkt worden war, konnte durch innerliche und locale Behandlung mit Jodol eine rasche und vollständige Heilung im Laufe von ungefähr zwei Monaten erzielt werden. Die innerlich verabreichten Dosen beliefen sich auf 2 bis 3 Gramm pro die, die locale Behandlung wurde durch Pinselungen mit der Mazzoni'schen Jodollösung (1 Theil Jodol, 16 Theile Alkohol und 34 Theile Glycerin) ausgeführt.

In einem anderen Fall von tertiärer Syphilis mit Läsionen an der Leber und am Kehlkopf wurden durch innerliche Behandlung mit Jodol rasche und überraschende Erfolge erzielt. (Zeitschr. f. Therapie 89. 4.)

Ueber die Wirkungsweise der Mineralbäder. Von Dr. C. von Heidler in Marienbad. (Deutsche Med. Zeitung 89. 19.) Die ursprüngliche Annahme, die Wirksamkeit der Mineralbäder sei mit einer Aufnahme der Bestandtheile durch die Haut zu erklären, wurde unhaltbar gegenüber den Ergebnissen der Experimente, trotzdem die Haut bei ihrem reichen Gehalte an Saft und Lymphkanälchen, mit welchen in der Hornschicht beginnende, feine Spalträume wahrscheinlich in Verbindung treten, der Resorption günstige Wege zu bieten schien.

Eine Gewichtszunahme im Bade, welche als bestehend angenommen wurde, haben die vor und nach denselben angestellten Körperwägungen von Lehmann und Kletzinsky nicht ergeben; sie haben im Gegentheil eine Gewichtsabnahme nachgewiesen. Wird nach Vierordt der Arm eines Menschen eine ganze Stunde hindurch einem Bade ausgesetzt, so beträgt der Wasserverlust desselben nur geringe Mengen. Fleischer, der ähnlich experimentirte, gelangte zu vollkommen negativen Ergebnissen.

War nun damit das Schicksal der Resorptionstheorie noch nicht entschieden, da der Einwand offen stand, es sei lediglich die Ausgabe des Körpers grösser, als die Aufnahme, so lieferten doch direkte Versuche über Aufsaugung mit in Wasser gelösten, festen Stoffen, die durch ihre Wirkung auf den Körper oder auf chemischem Wege leicht nachgewiesen werden konnten, ein für die Bäderfrage ungünstiges Resultat.

Demarquay und Reveil wandten in diesem Sinne

arsensaures Natron, Digitalis und Jodkali, in neuerer Zeit auf sorgsamste Weise von Ziemssen und Röhrig Jod ohne allen Erfolg an.

Aber auch gegentheilige Beobachtungen, so die Aufnahme von Quecksilber aus Sublimatbädern, die von Chrzonszevsky zur Bestimmung der Resorptionswege der Haut mit Indigokarminlösung, karminsaurem Ammoniak und gelbem Blutlaugensalz angestellten Versuche, die von Clemens, der deutlich Kochsalz in der Haut vorfand, nachdem ein Armbad von Chlornatrium genommen und darauf die Haut sorgfältig mit destillirtem Wasser gereinigt worden war u. a., stützen nicht die Wirkung der Mineralbäder durch Resorption; weil dieser Nachweis nur für wenige, unter bisher unerklärbaren, günstigen Bedingungen stehende Stoffe möglich wurde, bei den meisten in Betracht kommenden jedoch entschieden versagte.

Dem Untergange jener ehemaligen, fundamentalen Anschauung der Bäderlehre verdanken eine Reihe von Erklärungsweisen, wie die Elektrizität, der Magnetismus, die spezifische Schwere des Bademediums ihr Entstehen, vermochten aber gleichfalls nicht beweiskräftig zu werden.

Scontetten war es zunächst, der auf die Entwickelung von elektrischen Strömen in Mineralwasserbädern hinwies und diese als wirksamen Faktor hinstellte. Den gleichen Nachweis suchten später Heymann und Krebs zu erbringen. Pröll, der dieselbe Voraussetzung vertritt, glaubte, dass in der Wärme des Wassers die Erregung der Elektrizität gelegen sei, die Ablenkung der Magnetnadel blieb aber sowohl in warmen als im abgekühlten Wasser von Gastein die gleiche.

Als verwandtes Glied in der Reihe erscheint auch der Magnetismus. So haben Beard und Rokwell magnetischer Mineralwässer in mehreren Distrikten Amerikas Erwähnung gethan und die chemischen Eigenschaften derselben angegeben. Ich war bemüht zu gleichem Ziele mit Quellen von durchaus ähnlichem Gehalte zu gelangen, blieb jedoch stets ohne Erfolg.

Nicht minder entzieht sich auch die Schwere des Bades vorläufig wenigstens der Beurtheilung. Alle hierüber angestellten Versuche vermochten den Druck nicht zu isoliren und gestatten Bedenken bezüglich des Reizes und des grösseren Wärmeleitungsvermögens konzentrirterer Bademedien. Auch die bei Mehr- oder Minderbelastung durch verschieden dichte Luft, in pneumatischen Apparaten, in niederen und hohen Luftschichten etc. gesammelten Erfahrungen geben für Bäder keinen Aufschluss, weil dort die Athmung in erster Reihe betroffen und ausschlaggebend für die Ergebnisse der Beobachtung wird.

Die Mangelhaftigkeit sämmtlicher genannter Lehren führte zu neuen, durch die Fortschritte der Wissenschaft immer deutlicher werdenden Ansichten.

Wir wissen, dass das Leben und die Funktion der Zelle und der sich aus ihr aufbauenden Organe und Organismen in Bewegungsvorgängen besteht, die im gesetzmässigen Verlaufe das normale Verhalten, im unregelmässigen aber Krankheiten bedeuten. Als Mittel, die letzteren auszugleichen, bieten sich Reize, die mechanisch, chemisch, elektrisch oder thermisch jene Bedingungen erfüllen.

Die zunächstliegende Eigenschaft des Bades nun ist die thermische — seine Temperatur, in Folge deren Wärmeentziehung oder Wärmezufuhr stattfindet, welche unserem gleichwarmen Organismus den Ausgleich aufnöthigt, in ausgesprochenerer Weise jedoch als Reiz wirkt, der, von den Hautnerven weitergeleitet, den Anstoss zu lebhafterer Molekularbewegung in den Zellen und Organen, zu Belebung des Austausches der Stoffe und der Ernährung bildet.

Nähere Einsicht in die Vorgänge des Stoffwechsels bei Bädern gewähren die Ergebnisse von Röhrig und Zuntz und von Joh. Jacob. Erstere fanden, dass durch anregende Bäder nicht nur die Endprodukte des Stoffumsatzes gesteigert werden, sondern auch die Sauerstoffzufuhr; letzterer wies nach, dass der Einfluss des Bades nicht nur die Dauer desselben oder die ihm unmittelbar folgende Zeit betrifft, sondern stundenlang andauert.

Eine Alteration des allgemeinen Stoffwechsels durch Anregung des Stoffumsatzes der direkt betheiligten Haut erscheint wenig gewichtig, da diesem überhaupt nicht jene Bedeutung zukommt, wie sie ehemals vermuthet wurde.

Bädern mit hautreizendem Gehalte, den Mineralbädern im engeren Sinne, haften die geschilderten Grundzüge gleichfalls an. Eine Aufnahme ihrer festen Bestandtheile durch die Haut kann für sie nicht massgebend sein und haben darum nur jene besondere Bedeutung, deren Gehalt besondere Reize auszulösen vermag. In dieser Beziehung und der Intensität der Wirkung wegen nehmen das Kochsalz und die Kohlensäure die oberste Rangstufe ein. Was die Kohlensäure und Gase überhaupt anbelangt, so tritt ausserdem der Umstand in die Schranken, dass sie die Haut durchdringen, es fehlen jedoch die aus dieser Voraussetzung abzuleitenden Folgen.

Die zu Bädern in Verwendung kommenden Gasarten sind Kohlensäure und Schwefelwasserstoffgas. Beide wirken in grösserer Menge toxisch. Was sie in kleinerer, methodisch wiederholter Einverleibung, wie bei Badekuren, zu Stande bringen, ist unbekannt.

Die Kohlensäure inbesondere bereitet der Organismus genügend in sich selbst. Als eines der Endprodukte des Stoffwechsels ist sie zum grössten Theile der Ausscheidung zugewiesen und regt bei einigermassen erheblicher Anhäufung die Respiration zu energischer Thätigkeit an. Damit aber er-

scheinen auch die Bedingungen für vermehrte Aufnahme von Sauerstoff gegeben und in der That haben die Versuche von Speck erwiesen, dass bei Kohlensäurezufuhr gewissen Grades auch die Sauerstoffaufnahme im gleichen Verhältnisse stieg und so der Schluss erlaubt ist, dass der Endeffekt wieder in gesteigertem Stoffwechsel gipfelt.

Indem hierin ein der wesentlichen Wirkung der Bäder — dem an der Peripherie des Körpers ausgeübten Reize — gleichgerichteter Erfolg erblickt werden kann, verbleibt der Reiz die jedem differenten Bade anhaftende und unter allen Umständen wirksamste Eigenschaft. Im gewöhnlichen Wasser bade ist es die Temperatur, die im Mineralwasserbade durch die demselben zukommenden, anregenden Salze und Gase noch vermehrt wird.

Der Nervenreiz erreicht in Mineralbädern aber auch insofern höhere Geltung, als ihre Alkalien Verseifung des Hautfettes und hiermit gründlichere Reinigung und Zugänglichkeit der Haut besorgen. Nach Valentiner bildet der Hauttalg das vorzüglichste Hinderniss für die Imbibition, die Vorstufe der Resorption, und wenn dessen Beseitigung auch nicht Erhebliches für diese leistet, so gewinnt doch der Grad des Hautreizes und seine Dauer zweifellos an Bedeutung.

Im weiteren schliesst sich daran eine der Theorie der Bäder ganz besonderes Interesse bietende Ansicht, welche H. bereits in einer, im Jahre 1880 erschienenen Schrift, auf Grundlage der von P. Grützner veröffentlichten, verdienstvollen Arbeit berührte, es ist dies der verschieden geartete Reiz verschiedener Bäder.

Die Thatsache, zu welcher Grützner gelangte, war, dass hohe Temperaturen die centripetalen Nerven erregten, von den centrifugalen jedoch nur die Vasodilatatoren, während die übrigen wohl Veränderung in der Erregbarkeit aufwiesen, ohne aber eigentlich erregt zu werden. Den gleichen Einfluss nahm der gleich dichte, konstante Strom. Chemische Substanzen verhielten sich verschieden und sind seitdem mehrere, den gleichen Gegenstand behandelnde Forscher zu ähnlichen Resultaten gelangt. Es erregten Kochsalzlösungen die motorischen Nerven ohne den sensiblen nahe zu treten, während Laugen die entgegengesetzte Wirkung äusserten.

Fragen wir nunmehr, was für feinere Unterschiede in der Wirkung der Bäder bestehen, so darf als Antwort dienen, dass zunächst die Stärke und die Dauer ihrer Reize zu berücksichtigen ist. So stehen dem Mineralbade alle Vortheile des einfachen Wasserbades an der Seite, vermehrt durch die hautreizenden Bestandtheile. Die bereits besprochene Eigenschaft der Alkalien, ein Vordringen und längeres Haften an der Haut zu ermöglichen, mag hier nochmals hervorgehoben werden

Intensität und Dauer des Reizes gehen gewöhnlich Hand in Hand, indessen weisen die chemischen Mittel manche Unterschiede auf, die sich zuweilen schon in der Empfindung äussern. Erinnern wir uns als diesbezügliches Beispiel des allgemein bekannten Eindruckes, den das kohlensäurehaltige Bad gegenüber dem Kochsalzbade zur Geltung bringt. Während ersteres lebhafte Reizeffekte auslöst, die aber nicht andauernd sind, entfaltet letzteres den Reiz nur langsam, jedoch anhaltend.

Die eigenartige Wirkung der verschiedenen Reizmittel lässt sich zwar noch nicht zur genaueren Differenzirung der Mineralbäder verwerthen, weil wir in den meisten derselben einer Anzahl von Stoffen gegenüberstehen, die sich gegenseitig ergänzen, aber auch aufheben können und selbst, wenn eine bestimmte Art des Reizes vorwaltet, die dadurch bedingten Veränderungen vorläufig nicht genügend geklärt sind, immerhin aber ist es werthvoll zu wissen, dass jene besteht.

Es wird dadurch das Verständniss der Bäder im allgemeinen nähergerückt und die praktische Erfahrung, dass Mineralbäder sowohl eine Sonderstellung unter den Bädern, als untereinander selbst einzunehmen berechtigt sind, auch theoretisch beglaubigt.

II. Medicin.

Ueber Raumbeklemmungsgefühle bei Raumwahrnehmungen und bei Bewegungen im Raume. Von Prof. Dr. Moritz Benedikt. Bei Wahrnehmungen verschiedener Dimensionen des Raumes sind viele Menschen den mannigfachsten Angstgefühlen und sonstigen Störungen der Empfindung und Bewegung ausgesetzt, die mit elementarer Gewalt und solcher Raschheit eintreten, dass jede Ueberlegung zu spät kommt.

Das häufigste Vorkommniss in dieser Richtung ist der sogenannte »Höhenschwindel«. Analysiren wir, was vorgeht, wenn ein Mensch z. B. beim Anblicke eines Abgrundes von dem genannten Schwindel ergriffen wird. Zuerst tritt ein heftiges Angstbeklemmungsgefühl ein, dann zugleich eine Trübung des Gesammtbewusstseins und des Gesammtgefühles, ferner eine Alteration des Muskelbewusstseins, und dann eine Schwindelbewegung. Erst wenn ein Individuum erfahren hat, dass es unter bestimmten Verhältnissen vom Höhenschwindel befallen wird, kann prämeditirte Angst (Phobie) eintreten.

Stellen wir nun den Ausdruck Höhenschwindel der Analyse dessen, was wir darunter verstehen, gegenüber. Vor Allem haben wir es nicht mit einem Höhen-, sondern mit

einem Tiefenschwindel zu thun. Ob überhaupt Höhen-Dimensionen ein primäres Angstgefühl und Trübung des Bewusstseins erzeugen, ist empirisch kaum festgestellt. Der Grund ist, weil wir von der ersten Kindheit an gewohnt sind, fortwährend in die Unendlichkeit des Raumes hinaufzusehen. Auch der Ausdruck Schwindel bezeichnet den Zustand nur unvollständig und vor Allem enthält er das erste Element, nämlich das primäre Beklemmungsgefühl und die Trübung des Bewusstseins und des Allgemeingefühls nicht. Er enthält nur die zwei Elemente des veränderten Muskelbewusstseins und der Schwindelbewegung. Indem wir uns rasch vor einem solchen Abgrund zurückziehen, können wir uns sogar den eigentlichen beiden Momenten des passiven und activen Schwindels entziehen. Wir sehen also, dass wir den Ausdruck Schwindel auch durch Beklemmungsgefühl ersetzen können, und wir könnten also den Ausdruck Höhenschwindel durch den Ausdruck Tiefenbeklemmung ersetzen. Wenn wir den Ausdruck Tiefenangst oder Tiefenangstgefühl (Angina, angoisse) gebrauchen, so müssen wir wissen, dass wir hier die Angst nicht im Sinne einer intellectuellen Furcht (Phobie), sondern im Sinne einer elementaren, vollständig unwillkürlichen Empfindung gebrauchen. Da jedoch beim Schwindel, der aus anderen Ursachen, z. B. durch Ohrenaffectionen, entsteht, ebenfalls Beklemmungsgefühle und Trübungen des Allgemeingefühls und des Bewusstseins auftreten, so ist immerhin der Ausdruck Schwindel bei den pathischen Vorgängen, welche der Anblick eines Abgrundes erzeugt, gestattet.

Ein zweiter pathischer Einfluss des Raumes zeigt sich in dem Zustande, den B. unter dem Namen Platzschwindel oder Flächenschwindel vor fast zwanzig Jahren in die Literatur eingeführt hat. Es wirken hier zwei Dimensionen, nämlich Breiten- und Längen-Dimension, zusammen, und es ist B. nicht bekannt, dass eine dieser Dimensionen für sich einen pathischen Zustand erzeugen kann. Auch hier ist ein elementares Beklemmungsgefühl das Primäre, dann folgt eine Trübung des Bewusstseins, des Allgemeingefühls und des Muskelbewusstseins. Die Kranken haben das Gefühl, als ob sie in die Erde sinken müssten, um sich dem Anblick dieser Dimensionen zu entziehen, ferner als ob sie an der Stelle, an der sie sich befinden, angeklebt seien und sich daher nicht vorwärts bewegen können.

Dass solche Kranke, wenn sie öfters von solchen Empfindungen befallen waren, eine bewusste Furcht vor dem Hinaustreten in den freien Raum haben, versteht sich von selbst. Doch ist dies nur etwas Secundäres. Der Ausdruck Angoraphobie für diesen Zustand ist daher als verfehlt anzusehen.

Die Raumbeklemmungsgefühle können ganz colossale Grade erreichen, so dass nicht nur der Anblick einer engen

Strasse, sondern auch jener eines grösseren Wohnraumes schon Beklemmung erzeugt. B. kennt sogar einen Fall, wo die Breite des Bettes der liegenden Patientin schon Angstgefühl bereitet, die nur dadurch gehoben werden kann, dass auf der einen Seite eine Scheidewand aufgethürmt wird und am anderen Bettrande sich eine Person befindet. Für solche Kranke wäre der Aufenthalt in einem offenen gepolsterten Sarge am angenehmsten.

Ebenso wie grosse Dimensionen können kleine Dimensionen Angstgefühle erzeugen. Man ist in neuerer Zeit auf die sogenannte Claustrophobie aufmerksam geworden, das ist der Zustand der Beklemmung, der manche Leute in geschlossenen Räumen befällt. Dieses Gefühl, selbst in physiologischer Breite, spielt eine grosse Rolle in der Psychologie des Nomadenthums und der Vagabondage. In sehr auffälliger Weise tritt dieses Beklemmungsgefühl beim Passiren von Tunnels auf; das Angstgefühl kann eine solche Intensität erreichen und so peinlich sein, dass Leute, die davon einmal befallen wurden, sich um keinen Preis mehr demselben aussetzen. Auch Schluchten und enge Gebirgsthäler, besonders mit überhängenden Felsen, können solche unüberwindliche Angstgefühle erzeugen.

So wie der Anblick des Raumes, können auch passive Bewegungen im Raume Beklemmungsgefühle erzeugen. Vor Allem ist es das Tempo der Bewegung, das Beklemmung erzeugen kann, z. B. schnelles Fahren. Es liegt hier nicht zunächst eine auf Erfahrung gegründete Furcht, sondern ein primäres unwillkürliches Beklemmungsgefühl vor. Anderseits gibt es viele Menschen, bei denen langsames Fahren eine hochgradige Unruhe erzeugt. Ganz ausserordentlich können sich diese primären Beklemmungsempfindungen bei bestimmten Richtungen steigern, selten z. B. beim Aufwärtsfahren, aber sehr häufig beim Abwärtsfahren, über schiefe Ebenen. B. kannte einen der kühnsten Bergführer von Chamounix, einen kräftigen jungen Mann, der beim Hinabfahren über den Maloja-Pass in heftiges Weinen ausbrach.

Ein eigenthümliches Angstgefühl, das B. als Reise-Beklemmungsgefühl bezeichnet, hat er zweimal, und zwar bei Männern beobachtet. Wenn diese Individuen gezwungen sind, ihren Aufenthaltsort zu wechseln, so befällt sie eine solche Beklemmung, dass sie im letzten Moment ihre Absicht aufgeben. In dem einen Falle hatte der Kranke eine Berufsreise in eine fremde und fremdsprachige Stadt gemacht; durch Jahre hindurch versuchte er es, wieder heimzureisen. Wenn er es schon über sich gebracht hatte, den Abgang des Zuges zu überwinden, so kehrte er immer wieder von der ersten Haltestation zu Fuss zurück und er musste einen neuen Beruf wählen, um in der Fremde existiren zu können. Jüngst be-

obachtete B. einen solchen Anfall bei einem russischen neurastehnischen Collegen, der im Momente, als er den Wagen besteigen sollte, um eine Reise in einen klimatischen Curort anzutreten, von einem namenlosen Angstgefühl befallen wurde, in einen Weinkrampf ausbrach, von Fieberschauer geschüttelt wurde und ganz verwirrt war. B. begleitete den andern Tag den Kranken selbst zur Bahn, wo er im Wartesaal einen gleichen Anfall bekam und nur unter der grösten physischen Beeinflussung zur Abreise zu bringen war.
(Nach einem Vortrag im Wiener med. Doctorencollegium am 21. Januar 89.)

Ueber die Behandlung der Tabes dorsualis durch Suspension. Von Prof. Charcot. (Journal de médecine zu Paris No. 5, 1889.)

Die Erfolge dieser neuen Behandlungsmethode sind nach Ch. wahrhaft überraschend, so dass, wenn dieselben in den Fällen, in welchen die Methode zur Anwendung gelangte, andauern und ohne Recidive bleiben werden, eine wahrhaft wunderbare Heilmethode für die Tabes dorsualis gefunden ist. — Der Erfinder derselben, Motchoukowsky (Odessa), ist ganz durch Zufall zu ihrer Entdeckung gelangt: Es handelte sich um einen mit Scoliose behafteten Tabiker, den er durch Suspension behandelte und gleichzeitig ihn tagelang ein Stahlcorset tragen liess. Nachdem diese Cur wenige Tage hindurch hintereinander fortgesetzt war, bemerkte der Patient seinem Arzt gegenüber, dass die Intensität der lancinirenden, bohrenden Schmerzen wesentlich an Intensität sich vermindert hätte. — Motchoukowsky schrieb dies unerwartete Resultat zuerst der Wirkung des Corsets zu, überzeugte sich jedoch bald, dass den wesentlichsten Antheil an der Besserung die methodisch geübte Suspension hatte. — Seitdem wurde von Ch. die qu. Methode bei einer grossen Menge von Tabikern methodisch geübt und führte fast stets zu dem gleichen Erfolge. Für die Application der Methode ist der für die Orthopädie gebräuchliche Suspensions-Apparat vollkommen ausreichend. Derselbe besteht in einer Schwebe mit besonderen Stützen für die Achselhöhlen, Rücken, Hinterhaupt und Kinn, so zwar, dass ein jeder dieser Theile einen Antheil an dem Tragen der frei schwebenden Körperlast erhält. — Die Dauer einer jeden Sitzung beträgt zunächst 1—2 Minuten, später kann sie auf 3—4 Minuten ausgedehnt werden. Ausgeführt wird sie etwa 2—3 mal wöchentlich.

In Ch.'s Clinik wurde die Methode zuerst im October 1888, und zwar auf Anregung junger russischer, zu ihrer Ausbildung in Paris verweilender Aerzte zur Ausführung gebracht, stets mit exquisitem Erfolge: Nicht nur, dass die Schmerzen bei den Patienten theils an Intensität verloren, theils gänzlich verschwanden, auch die atactischen Bewegungen

mehr Coordinirtheit erkennen; gestörte Functionen, wie Blasenschwäche, Bestehen des Romberg'schen Symptoms etc., zeigten nicht mehr die frühere characteristische Prägnanz, endlich wurde unter dem Eindruck der Besserung auch die Gemüthsstimmung der Patienten eine bessere, hoffnungsfreudigere. — Obwohl die Zeit, die seit der ersten Einführung der Methode verflossen ist, noch relativ ausserordentlich kurz ist (die erste Suspension wurde am 22. October 1888 ausgeführt), so sind dennoch selbst dann, wenn die bisher an den 900 bis jetzt gemachten Suspensionen beobachteten Erfolge nicht dauernd sein sollten, schon die augenblicklichen Besserungen derart, dass im ungünstigsten Falle der Methode die Rolle zufallen wird, in der Folgezeit eines der wichtigsten Hilfsmittel zur Bekämpfung der tabischen Symptome zu sein.

Im Anschluss hieran berichtet Ch. über eine Reihe mittelst dieser Methode behandelter Tabiker. In einigen dieser Fälle handelte es sich um Patienten, welche vordem nicht ohne fremde Stütze gehen konnten und die nun, ohne irgendwie sich selbst nur auf einen leichten Stock zu stützen, frei und sicher umhergehen konnten. — In einigen Fällen gaben Patienten, die sich vor Schwindelgefühl zuvor kaum auf den Beinen zu halten vermochten, an, nunmehr ohne das geringste Gefühl der Unsicherheit von fahrenden Tramways absteigen zu können.

Die qu. Methode scheint aber nicht allein bei Tabes, sondern auch bei einer Reihe anderer Rückenmarksleiden dieselben Erfolge zu garantiren, wenigstens ist sie von Ch. in einem Falle von Friedreich'scher Krankheit sowie bei primärer idiopathischer Myopathie mit bestem und bis jetzt dauerndem Erfolge angewandt worden. — Wahrscheinlich wirkt die Methode in der Weise, dass durch sie ein energischer Zug auf die Rückenmarkswurzeln ausgeübt wird, wodurch, wie es scheint, gleichzeitig Einflüsse auf die im Rückenmark stattfindenden Circulations- und Nutritions-Verhältnisse stattzufinden scheinen, durch welche eine Umstimmung in dem Gewebe hervorgebracht wird. Vielleicht handelt es sich hier um eine Methode, der wir noch eine Reihe von Erfolgen bei den verschiedensten Krankheiten des Rückenmarks zu verdanken haben werden.

(Allgem. medic. Centralzeit. 89. 16.)

Zur Diagnostik der Unterleibs-Geschwülste. An einem Materiale von 110 solcher Geschwülste wurde von O. Minkowski (Berl. klin. Wochenschr. 88. 32) auf der medicinischen Klinik zu Strassburg das folgende Verfahren erprobt. Erst wird der Magen mit Kohlensäure aufgetrieben, nachdem vorher die Lage der Geschwulst bei möglichst leerem Magen festgestellt war. Alsdann wird

das Gas durch Einführung einer Sonde wieder entfernt und nun der Dickdarm mittelst des Hegar'schen Trichter-Apparates unter mässigem Drucke mit Wasser (2—3 Liter) angefüllt. Bei derartiger Auftreibung des Magens oder des Darmes pflegen nun die Geschwülste dahin auszuweichen, wo das Organ, dem sie angehören, unter normalen Verhältnissen gelegen ist. — Ueber das Verhalten der verschiedenen Geschwülste lässt sich nach M. Folgendes angeben: 1) Geschwülste der Leber rücken bei Aufblähung des Magens nach Oben und Rechts; dabei kann der vordere Rand des Organes deutlicher fühlbar werden. Bei der Darm-Eingiessung rückt die untere Gränze der Leber einfach nach Oben und eine Geschwulst der Gallen-Blase wird dadurch nach Vorne gedrängt. Bei sehr grossen Geschwülsten können Lage-Veränderungen ganz ausbleiben. 2) Geschwülste der Milz rücken bei Aufblähung des Magens nach Links. Bewegliche Geschwülste dieses Organes werden hiebei in der normalen Milz-Gegend nachweisbar. 3) Geschwülste in der vorderen Magen-Wand und grossen Curvatur fühlen sich am aufgetriebenen Organe breiter und in der Begränzung undeutlicher an, während Neubildungen an der kleinen Curvatur, indem die grosse Curvatur sich stärker nach Vorne wölbt, ganz zu verschwinden pflegen. Geschwülste am Pförtner rücken gewöhnlich nach Rechts und Unten. Bei der Eingiessung in den Darm rücken alle Magen-Geschwülste einfach nach Oben. 4) Geschwülste des Dickdarmes rücken bei der Magen-Aufblähung zwar nach Unten, aber bei der Darm-Eingiessung nicht nach Oben. 5) Geschwülste des grossen Netzes werden bei jeder der beiden Manipulationen nach Abwärts geschoben. 6) Nieren-Geschwülste rücken bei der Darm-Eingiessung zunächst etwas nach Oben, werden sehr bald schwer fühlbar und verschwinden schliesslich in der Tiefe; ist die Niere beweglich gewesen, so tritt sie dann in die eigentliche Nieren-Gegend zurück. Bei grossen Neubildungen in der Niere wird nur der mediale Rand des Organes undeutlich. — Endlich hebt der M. noch einige Punkte hervor, welche für die Diagnose von Unterleibs-Geschwülsten sehr wesentliche Dienste leisten können: einmal die Inspection von der Rückseite, wobei Geschwülste der Leber beziehungsweise Milz eine Hervorwölbung an der unteren Thorax-Apertur der betreffenden Seite erkennen lassen, Geschwülste der Nieren dagegen eine etwas tiefere Auftreibung, etwa in der Mitte der Lenden-Gegend, zeigen. Bei letzteren Geschwülsten und bei einfachen Wandernieren kann aber auch eine abnorme Einsenkung vorhanden sein, an deren Stelle bei Darm-Eingiessung sofort eine deutliche Hervorwölbung eintritt. Zweitens ist die bimanuelle Palpation (Entgegendrängen der Niere durch Druck auf die Lenden-Gegend) stets genau in der Lenden-Gegend

auszuführen, damit man wirklich die Niere fühlt; fehlt sie an der normalen Stelle, so gelingt die Untersuchung, wenn durch Anfüllung des Darmes die Niere wieder an ihren Ort reponirt worden ist. Da endlich drittens die respiratorische Verschiebung sich auch gelegentlich an Magen, Darm, Netz und Nieren geltend machen kann, so soll man eine Geschwulst bei der Athmung fixiren. Gehört sie diesen Organen an, so kann man dadurch das exspiratorische Hinaufrücken verhindern.

III. Chirurgie-, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Zur Antiseptik. Von Dr. Emil Rotter (Kgl. Bayer. Stabsarzt): (Centralbl. f. Chir. No. 3, 1889.) Fortgesetzte Versuche im Thermosaten über die antiseptische Kraft der von ihm im vergangenen Jahr veröffentlichten Lösungen resp. Pastillen (s. Jahrg. 1888 dies. Ztschr.) erwiesen dieselbe als eine überraschend grosse. Trotzdem Sublimat und Carbol jetzt definitiv aus der Composition weggelassen bleiben, ergab sich, dass Ver.'s Solution stärker antiseptisch ist, als Sublimatlösung von 1 pro Mille, und natürlich bedeutend stärker, als die Sublimatlösung von $^1/_2$ pro Mille, deren sich die Mehrzahl der Chirurgen und Geburtshelfer bereits bedient. Den qu. Resultaten ganz entsprechend sind die weiteren clinischen Ergebnisse: es sind dem K. seit seiner qu. Veröffentlichung weitere 114 Fälle — darunter 1 Laparotomie — bekannt geworden, unter welchen bis jetzt kein einziger enthalten ist, wo die antiseptische Wirkung der Solution versagt hätte, oder andererseits auch nur die mindeste toxische oder locale Reizerscheinung zu registriren gewesen wäre.

In Folge der Erkenntniss dieser eclatanten antiseptischen Kraft der Composition liess R. bei der ferneren Herstellung der Pastillen die Componenten Sublimat und Carbol endgiltig entfallen, so dass die Adlerapotheke zu München jetzt nur noch die weissen, sublimat- und carbolfreien Pastillen liefert. Deren Preis, 4,50 Mk. pro 100 Stück, ergiebt den weiteren praktischen Vortheil, dass sie nächst dem gefährlichen und vielfach widerstrebenden (Instrumente, Hautreizung, Ausschluss jeder feuchten Wärme, Flüchtigkeit) Sublimat das wenigst theure zuverlässige Antisepticum darstellen, da der Liter Solution (= 4 Pastillen) demnach auf 18 Pf. zu stehen kommt, während z. B. dieselbe Menge 3 procentiger Carbollösung schon auf 48 Pf. sich berechnet.

Die neuerlichen Versuche wurden sämmtlich mit aus den Pastillen hergestellter Solution gemacht. Das Grösseverhältniss der Pastillen wurde auf 1 : $^1/_4$ Liter Wasser gewählt, um die praktischen Aerzte zu animiren, auch kleinere chirurgische

Fälle, wie Panaritien und dergleichen mehr, von vornherein antiseptisch zu behandeln, ohne dass sie danach die Hälfte oder $^3/_4$ der hergestellten antiseptischen Solution unbenutzt wegzuschütten hätten. Jauchigen Fällen gegenüber, und besonders wo eine stark desodorisirende Wirkung angestrebt würde, kann man aber auch erprobtermaassen sich die doppelstarke Concentration herstellen, ohne eine Intoxication oder locale Reizerscheinungen befürchten zu müssen.

Merkwürdigerweise ertrugen trotz dieser hohen antiseptischen Kraft der Pastillen 3 Kaninchen eine Fütterung mit je $^1/_2$ Pastille (Körpergewicht 2600, 1900, 1800), ohne zu sterben. Bei diesem Experiment war von K. der Fall in's Auge gefasst, dass eine Pastille versehentlich einmal von einem Kinde durch Zufall verschluckt werden könnte. In den ersten Stunden zeigten die gefütterten Thiere augenfällig starke Depression, dann erholten sie sich aber, und 2 von ihnen lebten noch länger; das dritte, früher tuberculös inficirte, ward 43 Stunden nach der Fütterung getödtet und secirt und zeigte keine Irritation der Schleimhäute des Schlundes, der Speiseröhre oder seines, allerdings ganz angefüllten Magens.

Die mehrseitig geäusserte Besorgniss, es möchten die in K.'s Composition vereinigten Antiseptica sich gegenseitig chemisch geniren, entfällt, wie er hervorhebt, nachdem Prof. v. Bayer (München) nach eingehender Analyse der qu. Formel diese Eventualität bestimmt verneint hat.

Ueber die Störungen der Harnentleerung bei Prostatahypertrophie; von Med.-Rath Dr. P. Gueterbock in Berlin. (Berl. Klinik Heft 4. 1888.) Die verschiedenen Beschwerden bei Prostatahypertrophie sind leider in manchen Einzelheiten den praktischen Aerzten nicht ganz so bekannt, wie sie es wohl sein sollten. Denn wenn irgend wo, kommt es hier darauf an, schon in den ersten Anfängen der Krankheit in zweckentsprechender Weise vorzuschreiten, um weitere Nachtheile dem Leidenden in späteren Zeiten zu ersparen. Freilich ist hierbei nicht zu vergessen, dass in gewissen, allerdings nicht gerade häufigen Fällen Prostatahypertrophie ohne Harnbeschwerden vorkommt.

Gewöhnlich beginnen die subjektiven Klagen der meist etwas bejahrten Pat. mit Angaben über die Erschwerung des Aktes der Harnentleerung, die in der ersteren Zeit häufig mit längeren Perioden des Wohlbefinden wechseln.

Die grosse Mehrzahl der Autoren hat bis ganz vor Kurzem der Anschauung gehuldigt, dass die Störungen des Aktes der Harnentleerung von der eigenthümlichen Entwicklung des mittleren Prostatalappens abhängig sind. Form und Grösse, welche dieser annimmt, bestimmen die der Störung der Harnentleerung. Dort, wo die Seitenlappenhypertrophie überwiegt,

bildet sich häufiger eine Incontinenz aus; tritt dagegen der Mittellappen mehr hervor, stellt er gar eine sogen. dachziegelförmige Klappe dar, so kommt es mehr zu den Symptomen der Harnverhaltung.

Genauere pathologisch-anatomische Untersuchungen widersprechen diesen Anschauungen, wie G. des Näheren ausführt.

Viel zwangloser und den natürlichen Verhältnissen entsprechend erklärt sich die Entstehung der Harnbeschwerden bei Prostatikern aus den Anschauungen der Guyon'schen Schule. In Folge dieser stellt die Prostatahypertrophie nicht einen auf ein Organ allein beschränkten Process fibromuskulärer Entartung dar. Ein ähnlicher Vorgang fibröser Induration findet vielmehr im ganzen Harnsystem statt und steht in gleicher Linie mit den atheromatösen Veränderungen des Gefässsystems, wie diese ein Zeichen vorzeitiger Senescenz bildend. Diese fibröse Degeneration der Blasenmuskulatur findet ihren Ausdruck in einer schleichend sich entwickelnden Blaseninsufficienz. In der ersten Zeit wird diese in der Regel von der compensatorischen Hypertrophie des Blasenmuskels überwunden und hierin haben wir wohl den Schlüssel zu der Thatsache, dass anfänglich die Beeinträchtigungen der Harnentleerung sich nur unter besonderen ungünstigen Umständen geltend zu machen pflegen. Es ist dabei von grossem Werth für die Auffassung des ganzen Vorganges, dass sehr früh mit diesen rein funktionellen Störungen der Harnentleerung sich Aenderungen in der Harnausscheidung verbinden können. Mit der namentlich in der Nacht hervortretenden Steigerung der Urinfrequenz verknüpft sich schon sehr bald eine Polyurie.

Sehr häufig treten schon in diesen ersten Stadien Verdauungsstörungen ein.

Bleiben die Prostatiker trotz der Verschlimmerung ihrer Harnbeschwerden sich selbst überlassen, so kann es ziemlich unvermittelt zu völliger Harnverhaltung kommen. Gewöhnlicher kommt es zunächst zu einem Zustand der ungenügenden Entlastung der Blase. Häufig genug handelt es sich hier nur um wenige Löffel Residualurin und es kann sich dann ereignen, dass nach einem erfolgreichen Katheterismus die Blase ihre frühere Sufficienz für längere Zeit wieder gewinnt.

Die äussere Erscheinungsweise der unvollständigen Entleerung der Blase ist bei den verschiedenen Prostatikern nicht immer dieselbe. Individuelle Eigenthümlichkeiten, bedingt durch Lebensgewohnheiten, mehr oder minder starke Entwicklung der Muskelinsufficienz, ferner die Ausbildung des direkten Hindernisses des regelrechten Harnabflusses sind hier von massgebender Bedeutung. Sehr häufig werden die Initialsymptome wegen ihres schleichenden Auftretens und ihrer geringen, über eine grosse Reihe von Jahren sich vertheilenden Intensität übersehen, und erst die unheimliche Länge der In-

tervalle zwischen den einzelnen Harnentleerungen und die diesen nicht entsprechende geringe Quantität des jedesmal gelassenen Urins veranlasst die Pat., ärztliche Hülfe zu suchen. Leider werden auch in diesem Stadium, wo die Entlastung der Blase schliesslich nur durch Ueberlaufen mit beschränkter Unterstützung der Bauchpresse und des der Blasenmuskulatur verbliebenen Restes von Propulsionskraft geschieht, die Pat. häufig von einem falschen Punkte aus kurirt. Eine bimanuelle Untersuchung von Mastdarm und Bauch her mit Unterstützung des Katheters führt sehr rasch zur richtigen Diagnose. Vielfach ist der Katheterismus ein überaus leichter, mit gewöhnlichen Instrumenten ausführbarer und von einem irgendwie erheblichen Hindernisse am Blasenhalse ist nicht die Rede. Man würde daher den ganzen Symptomencomplex kaum verstehen, wenn man nicht auch hier die Mitwirkung einer primär coexistirenden, senilen Blaseninsufficienz voraussetzen wollte. In manchem Falle wird durch regelmässige vollständige Entleerung der Blase durch den Katheter wie in dem ersten Stadium des Leidens nicht nur eine Besserung, sondern auch eine völlige Wiederherstellung von der Blaseninsufficienz ermöglicht, so dass die betroffenen Pat. sich für längere Zeit als gänzlich geheilt erachten, wogegen in anderen Fällen wenigstens gelegentlich einmal am Tage eine Applikation des Instruments stattzufinden hat, und eine weitere Kategorie von Pat. trotz des regelmässigen Katheterismus sogar eine Verschlechterung der Blasenfunktion erkennen lässt. Die letztgenannten Pat. befinden sich schon in einem Uebergang zum 3. oder Schlussstadium der Prostatahypertrophie, in welchem eine übertriebene Ausweitung der Blasenwandungen besteht. Zur völligen Leerung der Blase durch den Katheter muss durch Druck auf den Blasenkörper vom Bauche her mitgeholfen werden.

Von anderen Krankheitszeichen der »vorgerückten« Prostatiker sind die den Urin betreffenden in erster Reihe zu nennen: Polyurie, starke Sedimentirung des Harns in Folge langbestehender Rückstauung, Cystitis, Pyelitis, Pyelonephritis in Folge von unzeitmässig und unvorsichtig ausgeführtem Katheterismus. Die letzgenannten Complicationen können natürlich jeder Zeit zu einem lethalen urämischen Koma führen.

Eine grosse Rolle spielen weiterhin dyspetische Störungen und Stuhlverstopfung, namentlich die ersteren können bei schon heruntergekommenen Kranken die Prognose wesentlich verschlechtern. Mit den entzündlichen Vorgängen in Blase und Niere ist häufig Steinbildung verbunden, welche durch die Neigung der prostatischen Blase zu Divertikalbildung begünstigt wird.

Schliesslich ist als eine sehr wichtige Complikation der Prostatahypertrophie die akute Harnverhaltung mit ihren Folgen zu nennen. Dieselbe kann in allen Fällen der Krankheit

auftreten und wird häufig durch ganz geringfügige Ursachen hervorgerufen. Als Folgezustände der Retention sind von besonderer Bedeutung die falschen Wege und die Hämaturie, Zustände, welche durch Katheterverletzungen herbeigeführt werden.

(Schmidt's Jahrbücher.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Die Georg Engelmann'sche trockene gynäkologische Behandlung. Von Prof. Kleinwächter. (Wien. Klinik 10. Oct. 1888.) Engelmann (St. Louis) veröffentlichte in den Jahren 1886 und 1887 in englischen Fachjournalen die Erfolge, welche er bei trockener Behandlung gewisser Unterleibsleiden, bei denen er entweder medikamentöse Pulver oder trockene Tampons von verschiedenem Material verwendete, erzielt hat. Kl. hat seit dem Bekanntwerden dieser Methode dieselbe vielfach erprobt und bezweckt mit dieser Arbeit, die deutschen Aerzte für diese Behandlung zu interessiren, die er für einen wesentlichen Fortschritt in der gynäkologischen Therapie zu halten geneigt ist.

In richtig ausgewählten Fällen leistet die trockene Behandlung dasselbe wie die intrauterine oder Pessarbehandlung, sie ist dabei ungefährlich, für Arzt und Kranke nicht lästig und bietet eine Reihe anderer, die Heilung begünstigender Eigenschaften, welche Kl. sehr eingehend beschreibt.

Die Pulver sollen meistens direkt wirken, entweder mechanisch oder medicinisch, im ersteren Falle sollen sie schützen oder austrocknen, in letzterem sollen sie entweder die Sekrete des Genitalrohres neutralisiren, die Sekretion vermindern, desinficiren, bez. Wunden direkt zur Heilung bringen. Die Pulver werden entweder in reinem Zustande oder vermischt mit indifferenten Stoffen (Holzkohle, Amylum) durch gewöhnliche Pulverbläser mittels Speculum in die Vagina eingeblasen. Vorher werden die zugänglichen Abschnitte des Genitalrohres, Cervix, Portio vaginalis und Scheide, mit trockener Watte abgetupft. Nach Einblasen des Pulvers wird ein trockener Tampon eingeführt. Bei Katarrh der Cervix und der Vagina, bei Erosionen am Muttermund, Lacerationsektropium wird diese Pulverbehandlung empfohlen und es sind für sie bestimmte Medikamente angegeben; in manchen Fällen können zweierlei Pulver zugleich angewendet werden, z. B. Jodoform für den Cervikalkanal, Bismuthum subnitricum für die Scheidenwände.

Eine weit grössere Rolle in der trockenen Behandlung als die Pulver spielt der Tampon. Derselbe wirkt als Träger

medikamentöser Mittel, als Stützmittel, als Stimulans und Alterans, als Fixirungsmittel, als Reiniger der Vagina, als Schutzmittel und endlich als Mittel, die verschiedenen medikamentösen Tampons zu halten. Der Tampon darf nicht zu gross sein, nicht zu fest und nicht zu weich, seine Form ist am besten die eines Eies. Als Material ist entfettete Watte, Schafwolle oder Jute zu verwenden, welche desinficirt, bez. mit bestimmten Medikamenten imprägnirt sind. Letztere kann man auch in der Weise verwenden, dass man einen gewöhnlichen Tampon von obigem Material mit einem Mantel imprägnirter Watte umgiebt. Jodoformgaze ist zu medikamentösen Tampons nicht gut verwendbar, weil dieselbe nicht elastisch genug ist und bald zusammenbäckt. Brauchbar ist sie nach Operationen in der Scheide und im Uterus.

Die mechanische Wirkung des Stütztampons stellt Kl. als Hauptvorzug der trockenen Tamponbehandlung hin. Hier tritt der Tampon an Stelle des Pessars, vermag den verlagerten Uterus zu reponiren und in normaler Stellung zu erhalten, ohne Schaden anzurichten. Ist der verlagerte Uterus reponibel, so wird er zunächst in die normale Lage gebracht und durch Einlegen von Tampons in das hintere und vordere Scheidengewölbe in derselben erhalten. Hindern Verwachsungen, alte Entzündungsreste in den Parametrieen, den breiten Bändern u. dergl. die Reposition, so ist der Tampon erst recht am Platze. Bei längerer Anwendung desselben werden durch den continuirlichen milden Druck die verkürzten Ligamente gedehnt, ebenso Adhäsionen zum Schwinden gebracht und die Resorption von Exsudatresten befördert, besonders wenn der Tampon einen Deckmantel von Jodwatte erhält, welche resorbirend wirkt. Nach Herausnahme der Tampons können nebenbei verordnete heisse Duschen die Resorption beschleunigen. Bei der hier vor Allem nöthigen Geduld von Seiten der Patientinnen und des Arztes können mit dieser schonenden Behandlung recht gute Erfolge erzielt werden. Ebenso günstig wirkt der Stütztampon bei Lacerationsektropion, bei Descensus der Ovarien.

Kochsalz bei Diphtheritis. Dr. A. Seibert, Kinderarzt am Deutschen Dispensary in New-York (New-Yorker med. Monatsschr. Nr. 1 1889), hat den Versuch gemacht, das Salz bei der Diphtherie ebenso zu benutzen, wie es beim Fleischpökeln angewandt wird, und er hat deshalb seit Anfangs Juli 1888 jeden Fall von Diphtherie folgendermassen behandelt:

Sofort bei der ersten Visite führt S. eine dicke Lage feines Kochsalz auf dem angefeuchteten Rücken eines abgerundeten (nicht scharfkantigen) kleinen Esslöffelstieles über die Zunge bis zwischen die Tonsillen, dann dreht er den Löffel nach rechts oder links, so dass die Kanten nun nach ob

und unten stehen, und drückt so das Salz auf die diphtheritische Stelle und ihre Umgebung. Irgend welche Gewalt wird dabei nicht angewandt und kann man den Löffel und das Salz so leicht eine ganze Minute in situ halten. Beim Zurückziehen des Löffels bleibt das Salz an der Tonsille hängen. Nachdem der Löffelstiel mit einer neuen Lage Salz bedeckt ist, wiederholt man dieselbe Procedur auf der anderen Seite. Erst nachdem einzelne Salzpartikelchen in die Nähe des Kehldeckels gefallen sind, entsteht Hustenreiz und in seltenen Fällen (bei empfindlichen Patienten) auch Würgen und gelegentlich Erbrechen. In den meisten Fällen vertragen Kinder diese Salzapplication sehr gut. Erwachsene und grössere Kinder berichteten, dass erst nach der Verflüssigung des Salzes etwas Kratzen und Hustenreiz sich bemerkbar macht. — Bei dem nachfolgenden Räuspern und Husten hat S. häufig Membranen abfallen sehen, was ihn sofort veranlasste, auf die nun rohe Geschwürsfläche eine neue Salzapplication zu machen. »Das Salz dringt nun sehr schnell in die diphtheritische Membran, in den Geschwürsgrund und durch die intacte Schleimhaut in die Tiefe der infiltrirten und noch gesunden Umgebung! Wo es nun auch hingelangt, muss es seine antiseptische Wirkung entfalten. Meist schon kurze Zeit nach der ersten Application verringern sich Fieber und Schmerz wesentlich, und dementsprechend findet man bei der nächsten Visite (nach 6 Stunden) gewöhnlich die Schwellung der Theile geringer und namentlich blasser als vorher, während das subjecte Wohlbefinden sich wesentlich gebessert hat. Hat sich die Membran auch noch nicht abgestossen, so ist dieselbe doch nicht grösser und bleibt so localisirt, da die zweimal täglich vorgenommene Salzauftragung die Umgebung der erkrankten Partie so »einpökelt«, dass die Pilze und Coccen nicht Fuss fassen können, und andererseits werden die schon in den Gewebsmaschen, Lymph- und Blutbahnen eingenisteten Krankheitskeime durch das Salz einfach unschädlich gemacht. Selbstverständlich kann diese Behandlung bei weit vorgeschrittenen Fällen, in welchen der Rachenraum in toto mit Diphtheriebelag ausgefüllt, ebensowenig noch Wunder wirken, als irgend welche andere Therapie.« Mit dieser »Einpökelung der Diphtherie« ist S. »ausserordentlich« zufrieden, und empfiehlt er dieselbe angelegentlichst. Bisher hatte er nicht nöthig, die Application häufiger als zweimal täglich vorzunehmen. »Das Verfahren ist einfach, absolut schadlos, gefahrlos und rationell.«

Zur Behandlung der Bronchopneumonie der Kinder. Von Dr. Tordeus. Im acuten Stadium der Krankheit, wenn kein Kräfteverfall vorhanden, 0,01 — 0,02 Apomorphini mur. pro die, als Antipyreticum Antipyrin.

Bei intensiver Dyspnoë und Kräfteverfall: Ammonii carb. 1,0, Spir. rectificatiss. 10,0, Syr. aether. 20,0, Aq. dest. 100,0; stündlich 1 Kaffeelöffel.

Unmittelbar nach dem Beginn des feinblasigen Rasselns sind die Kinder vom Scheitel bis zur Sohle in feuchtkalte Tücher einzuschlagen und die umgebende Luft ist reichlich mit Wasserdämpfen zu vermischen.

Vesicatore sind indicirt, wenn an ein und derselben Stelle mehrere Tage hindurch feinblasiges Knisterrasseln besteht, um an dieser Stelle einer werdenden Hepatisation der Lunge zu begegnen.

Ist das Fieber geschwunden, die Respiration normal geworden, soll noch ein Inf. Ipecac., 0,3 ad 100,0, Liq. Ammonii anis. 1,0 fortgesetzt werden, um Recidive zu vermeiden.

(Semaine méd., 22, 1888. — Allg. med. Centr.-Ztg.)

Verschiedenes.

Zur Behandlung diarrhoischer Zustände empfiehlt Rabow in den „Therp. Mtsh." folgende zwei Mittel, die in Bezug auf ihre Harmlosigkeit, Schmackhaftigkeit und Zuverlässigkeit der Wirkung nichts zu wünschen übrig lassen. Das eine, der Eichelcacao, hat sich, wie bereits vielfach erwiesen, bei der chronischen Diarrhoe bewährt, während das andere — das Cardamom — ihm in vielen Fällen von acuter Diarrhoe die vortrefflichsten Dienste geleistet hat. Der Eichelcacao ist bei chronischer Diarrhoe von Kindern und Erwachsenen nur mit Wasser zuzubereiten. Wird vor Verabreichung desselben noch eine kleine Dosis Ricinusöl gegeben, so ist auf die stopfende Wirkung mit um so grösserer Sicherheit zu rechnen. Mit dem früher gebrauchten Eichelkaffee hat der Eichelcacao nichts gemein, da die Cellulose der Eicheln bei dem genannten Präparate ausgeschlossen ist. Bei acuter Diarrhoe — besonders bei den sogenannten Sommerdurchfällen — bewährt sich die Fructus Cardamomii als ein vortreffliches Mittel, welches recht schmackhaft und bequem zu nehmen ist. Jede (dreikantige) Fruchtkapsel schliesst bekanntlich gegen 20 braune, unregelmässige, runzelige Samen ein, denen ein eigenthümlicher, angenehmer, campherartiger Geruch und Geschmack eigen ist. Läst man den Inhalt von 1—2 Kapseln (bei Kindern entsprechend weniger) herunterkauen, gelingt es, die meisten Fälle von acuter Diarrhoe (selbstverständlich nicht solche, bei denen sichtbare Veränderungen der Darmschleimhaut, Typhus etc. vorauszusetzen sind) schnell zum Schwinden zu bringen. Zuweilen folgt alsdann hartnäckige Stuhlverstopfung. Die stopfende Wirkung des Cardamoms lässt sich wohl am einfachsten auf das in seinen Samenkörnchen reichlich enthaltene ätherische Oel zurückführen.

Die Kartoffelkur bei der Behandlung verschluckter Fremdkörper. Von Primararzt Dr. Salzer. Vortrag in der Gesellsch. der Aerzte zu Wien. Sitzung vom 11. Januar 1889.

Prof. Cameron, sowie andere englische Chirurgen wenden behufs Entfernung von verschluckten Fremdkörpern aus dem Darmcanale ein Verfahren an, welches schon seit längerer Zeit von Londoner Taschendieben geübt wird, um gestohlene Schmuckgegenstände, welche sie, um selbe rasch zu verbergen, verschluckt hatten, wieder zu Tage zu fördern. Sie geniessen eine grosse Menge von Kartoffeln, worauf dann

der verschluckte Gegenstand mit den Fäces ohne Schwierigkeiten wieder ausgeschieden wird. Salzer hatte zum ersten Male im September 1867 Gelegenheit, die Vorzüge dieser »Kartoffelkur« zu erproben. Ein Kind hatte ein 2 Decigramm schweres Messinggewicht geschluckt und ein Arzt hatte bereits die Nothwendigkeit einer sofortigen Gastrotomie ausgesprochen. Der Knabe wurde zu Bett gebracht, musste rechte Seitenlage einnehmen, wodurch man die Passage durch den Pylorus zu erleichtern gedachte und es wurden dem Patienten nun zur Nahrung grosse Mengen von Kartoffeln gereicht, welche zur Anregung und Erhaltung des Appetits verschiedenartig zubereitet waren und welche der Kranke auch gern zu sich nahm. Nach fünf Tagen ging der Fremdkörper mit den reichlichen Fäces ohne Beschwerden ab. In derselben Weise wurden bei anderen Patienten einmal ein 5,3 Cm. langes und 2,8 Cm. breites künstliches Gebiss und einmal eine 5 Cm. lange Busennadel mit Glück aus dem Darmcanal entfernt. Salzer empfiehlt die Kartoffelkur in ähnlichen Fällen, er zieht sie namentlich auch dem ähnlichen Heilverfahren mit Sauerkraut vor, welches weniger günstig wirke.

Ausgehend von der durch Gottstein nachgewiesenen Thatsache, dass das Lanolin, ein normaler Bestandtheil der menschlichen Oberhaut, die Gewebe vor dem Eindringen von Zersetzungserregern zu bewahren vermag, wendete Prof. Rosenbach dasselbe **zur Verhütung des Decubitus** an. Bei allen durch schwere Krankheiten lange Zeit an's Bett gefesselten Patienten wurde — wie Dr. Ebstein in Nr. 6 der „Deutsch. med. Woch." mittheilt — anstatt der bis dahin üblichen spirituösen oder Citronensafteinreibungen in die dem Drucke vorzugsweise ausgesetzten Stellen der Haut, nach vorausgeschickter gründlicher Reinigung derselben, tüchtig Lanolin eingerieben und durch reichliches Unterlegen von Watte, Jute und ähnlichem Material weiterer Druck nach Möglichkeit fern zu halten gesucht. Das Verfahren, das in den letzten 9 Monaten bei einer grossen Anzahl chronischer Affectionen (Typhen. Phthisen, Carcinomen, Rückenmarkskrankheiten etc.) zur Anwendung kam, hat sich vortrefflich bewährt. Wo sich bereits Excoriationen oder die verdächtige, dem Druckbrande vorausgehende Röthung der Haut bemerkbar gemacht haben, heilten dieselben rasch unter der Lanolindecke, und die Haut erhielt ihr normales, elastisch straffes Aussehen wieder. Die tiefen gangränösen Druckgeschwüre, die früher auf der grossen Krankenabtheilung niemals ausgingen, kommen nach der allgemeinen Einführung der prophylaktischen Lanolinbehandlung nur noch ganz ausnahmsweise zur Beobachtung. Auch prophylaktische Einreibungen von 2—3% Carbolvaselin sind zu empfehlen. — Eine andere Anwendung des Lanolins oder der Carbolvaseline mag beiläufig erwähnt werden. Den Hauterythemen oder Erysipelen, die nach der Punction eines Ascites, wenn Flüssigkeit längere Zeit aus der Punctionsstelle aussickert, oder nach der Scarification ödematöser Hautstellen durch die Zersetzung der austretenden Flüssigkeit häufig hervorgerufen werden, beugt man sehr zweckmässig durch energisches Einreiben von Lanolin oder Carbolvaseline in die die Punctionsöffnung umgebende Haut vor.

☛ Hierzu eine Beilage: Vier Frageschemata zur Feststellung der »Empfängnisszeit«.

Verleger: G. Rathgeber in Wetzlar.
Redacteur: Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Gedruckt bei Ferd. Schnitzler in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 4. XXX. Jahrgang. April, 1889.

Diese Zeitschrift erscheint monatlich zu 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Verlagshandlung** zu richten.

Inhalt:

Ueber das Phenacetin. Neue Erfahrungen über Sozojodolpräparate. Weitere Beobachtungen über das Saccharin. — Ueber die Diät bei nervösen Affectionen des Magens. Ueber Prophylaxe der Tuberculose. Zur Technik der Suspensionsbehandlung der Tabetiker (mit Abbildung). Ueber Lähmung durch polizeiliche Fesselung der Hand. — Behandlung der Ganglien und Atherome mittelst Arseninjectionen. Behandlung tuberculöser Processe mit Perubalsam. Ueber Carbol-Nekrose. Wie behandelt die neuere Dermatologie Erysipele? — Ueber Achsenzugzangen. Ueber die Complication der Schwangerschaft und Geburt mit Tumoren der Beckenorgane. — Die Hadernkrankheit. Die Zeit, wann Arzneien genommen werden sollen.

I. Pharmacologie und Balneologie.

Ueber das Phenacetin spricht sich Dujardin-Beaumetz sowohl betreffs seiner Eigenschaft als Antifebrile, wie besonders als Nervinum sehr lobend aus. — Beide Wirkungen bezieht er auf eine durch das Mittel bewirkte Herabsetzung der Erregbarkeit der Medulla. Zur Temperaturermässigung genügen Dosen von 0,5 bis höchstens 1 Gramm als schmerzstillendes Mittel, bei Neuralgien, Migräne, Rheumatismus, den blitzartigen Schmerzen der Tabiker etc. ist es in täglichen Gaben von 1 bis 2 Grm. ohne Schaden monatelang zu reichen. Es ist in letzterer Beziehung dem Antipyrin und Acetanilin an Wirkung mindestens ebenbürtig, dabei aber frei von allen unangenehmen Begleiterscheinungen. Bei Hysterie und nervöser Schlaflosigkeit zeigte es sich den Bromsalzen überlegen — kurz, es ist unter allen neueren Nervinis das mächtigste und dabei unschädlichste.

Ueber die Wirkung des Phenacetins hat ferner Hugo Hoppe bereits seit länger als einem Jahre bis zum März 1888 im jüdischen Krankenhause zu Berlin Untersuchungen und Versuche an Kranken angestellt, auf Grund welcher er zu folgenden Resultaten gelangt ist: Das Phenacetin ist eine (wahrscheinlich auf das Centralnervensystem wirkende) Substanz, welche in kleinen einmaligen Dosen von 0,1 — 0,3 bei Kindern, von 0,25—0,5 (0,7) bei Erwachsenen kräftig antipyretisch wirkt ohne im Allgemeinen üble Erscheinungen zu machen. — Bei kräftigen Personen kann es in dreisten Dosen gegeben werden, doch dürfte vor seiner Anwendung bei schwächlichen, durch lange (Infections-)Krankheit heruntergekommenen Individuen, besonders Phthisikern, zu warnen sein. — In Fällen von acuten fieberhaften Krankheiten wird man es ebenso gut,

wie das Antipyrin (dem es wegen seiner Unschädlichkeit an die Seite zu stellen ist) und das Antifebrin (dem es eben deswegen vorzuziehen ist) anwenden können. — In 25 Fällen von Migräne oder gewöhnlichem Kopfschmerz, vorzugsweise Frauen betreffend (einmal auch eine Frau mit heftigem Schnupfenfieber), hat sich H. das Phenacetin als ein ganz promptes, vorzügliches Antineuralgicum erwiesen. — In einem Falle von langjähriger Ischias, welcher allen anderen Mitteln getrotzt hatte, trat nach 4tägigem Gebrauch von Phenacetin à 1,0 ein ganz eclatanter Erfolg ein, ebenso in einem anderen Falle mit Ischias ähnlichen Schmerzen und Zuckungen, wo die Zuckungen bestehen blieben, die Schmerzen aber schwanden. Auch bei Trigeminusneuralgie verfehlte es die Wirkung nicht. Nur wo die Schmerzen auf organischer Basis beruhten, konnte kein oder nur ein geringer Erfolg beobachtet werden. — In einem Falle von Muskelrheumatismus hatte 1,0 Phenacetin eine erstaunliche Wirkung. Ein 20jähr. kräftiger Student der Thierarzneikunde wurde seit 36 Stunden von den wüthendsten rheumatischen Schmerzen in Arm und Schulter geplagt. Sofort nach der Darreichung begannen die Schmerzen sich zu legen, und nach 20 Minuten waren sie völlig geschwunden.

(Brit. med. Journ., 9. März 1889. — B. k. Wochenschr. 12, 1889.)

Neue Erfahrungen über Sozojodolpräparate.*) (Seifert, Münch. med. Wochenschrift No. 47, 1888). Zur Application auf Schleimhäute eignet sich besonders Talcum als Constituenz, Milchzucker in Verbindung mit Sozojodolpräparaten lässt sich schwer in einem Pulverbläser appliciren. Das Sozojodolkalium würde in einer Verdünnung von 1 : 2 oder 1 : 1 zur Anwendung kommen. Es erwies sich als vorzüglich geeignet bei jenen Formen der chronischen Rhinitis, die mit einer abnorm reichlichen, wässerig- oder eiterig-schleimigen Secretion einhergehen, da dem Kaliumsalz eine secretionsvermindernde Wirkung zukommt. Sozojodolnatrium wurde (1 : 1) bei tuberculösen Ulcerationen des Larynx mit sehr zufriedenstellendem Erlolg verwendet, soweit man bei einem für Larynxtuberculose kurzen Zeitraum von vier Wochen von Erfolg sprechen kann. Das Pulver legt sich auf die Ulcerationsflächen gut und fest auf, wegen seiner Leichtlösigkeit kann von ihm eine intensive antiseptische Wirkung erwartet werden. Das Zinksalz wirkte bei den Formen der Rhinitis chronica, die sich durch abnorm geringe Secretion auszeichnen (einzelne Formen der Rhinitis hyperplastica und Rhinitis atrophica). Bei den ersteren Formen wurde nicht nur die Secretion eine reichlichere, nach 1—2wöchentlicher Behandlungsdauer (1—2malige Einblasung täglich) nahm auch das Volumen der Muschelschleimhaut in der

*) cf. »Der prakt. Arzt« 1888, S. 150.

auffallendsten Weise ab. Bei Rhinitis atrophica wird die Secretion reichlicher, der Fötor verschwindet, gleichzeitig bestehende Pharyngitis sicca erfährt dadurch eine Besserung. (Verdünnung 1 : 12, 1 : 10 machte öfter unangenehme Nebenwirkungen.) Das Quecksilbersalz (1 : 10) ätzt Schleimhäute stark. Es fand Anwendungen bei tuberculösen und syphilitischen Ulcerationen am Septum narium. Der Erfolg war dort besser als bei Chromsäureätzung.

Dr. Nitschmann in Erfurt (Thüringer Corr.-Bl.) hat bei verschiedenen äusseren Affectionen mit Sozojodolpräparaten sehr günstige Erfolge zu verzeichnen, namentlich hat es sich ihm bei eiternden, jauchenden Wunden, sowie bei Quetsch- und Brandwunden, ebenso bei chronischen Unterschenkelgeschwüren ausserordentlich bewährt. Unter Gebrauch von Sozojodolnatriumsalbe vereinigt sich die Wundfläche schnell, zeigt gesunde, frischrothe Farbe und rosae Wundränder, ohne durch übermässige Granulationen überwuchert zu werden. Die Zusammensetzung der in allen diesen Fällen angewendeten Salbe war folgende: Lanolin 40,0, Sozojodolnatrium 4,0 M. f. ungt. Ferner wandte Nitschmann das Sozojodol bei acuten und chronischen Katarrhen der Schleimhäute an. Bei acuter Pharyngitis und Stomatitis wirkt eine 5% wässrige Sozojodolzinklösung, 2stündlich eingepinselt und mit reinem Wasser nachgespült, schnell und sicher. Auch bei acuter Conjunctivitis bewährten sich Einträufelungen von Sozojodolzink, machen aber nach letzterer kalte Umschläge nothwendig. Bei der Blennorrhoe der Neugeborenen zieht Nitschmann das Sozojodolnatrium (2 : 30 Aq.) wegen der geringeren Schmerzen dem Sozojodolzink vor. Bei der Urethritis gonorrhoica sah Nitschmann keine anderen Resultate als bei den übrigen hierbei empfohlenen Mitteln. Dagegen erwies es sich als Salbe auf Wattetampons gestrichen bei benigner oder maligner Vaginitis sehr hülfreich. Beim Cervixkatarrh sah Nitschmann von Einblasungen von Sozojodolnatrium in Pulverform gute Resultate. Bei chronischer Endometritis empfiehlt er es in Form einer concentrirten (d. h. etwa 70procentigen) Sozojodolzinklösung, die er mit Braun'scher Spritze einspritzt und wieder aufsaugt. Auch bei Vaginismus und bei Pruritus sah Nitschmann durch Behandlung mit 5procentiger Sozojodolzinklösung entschiedene Besserung.

Ueber den Einfluss des Saccharins auf die Verdauung. Von Prof. Plugge. (Nederl. Weekbl. 1888. II. 25. — Schmidt's Jahrb. 1889.) Das Saccharin steht der Salicylsäure sehr nahe, es ist kein Nahrungsmittel und wird fast unverändert mit dem Harn entfernt. Die Fragen, welche sich Plugge vorlegte, waren: Uebt das Saccharin Einfluss auf die Digestion im Munde aus, beeinträchtigt es die Wirkung des Ptyalin? Be-

einträchtigt es die Wirkung des Pepsin, des Trypsin oder die saccharificirende Wirkung des Pancreassaftes? Die sämmtlichen Digestionsversuche wurden bei Körpertemperatur vorgenommen. Es ergab sich, dass eine 0,03procentige Lösung die Wirkung des Ptyalin völlig aufhob. Nach Zusatz einer 0,02procentigen Lösung war erst nach 96 Stunden Zucker nachweisbar. Um den Einfluss des Saccharin auf die Magenverdauung zu studiren, benutzte Plugge künstlichen Magensaft. Es ergab sich, dass die Saccharinlösung die Verdauung des Eiweisses beträchtlich verlangsamte. Bei einer 0,33procentigen Lösung war erst nach 24 Stunden eine Aenderung zu sehen und das Eiweiss war erst nach 4 Tagen gelöst, während bei der Mischung ohne Zusatz von Saccharin schon nach 4 Stunden eine Aenderung sichtbar war und das Eiweiss nach 16 Stunden völlig digerirt war. Auf ähnliche Weise prüfte P. die Wirkung des Saccharin auf die Darmverdauung. Es ergab sich, dass Saccharin die Wirkung des Pancreassaftes gleichfalls beeinträchtigt, obgleich die Wirkung hier nicht so erheblich ist, wie beim sauren Magensaft. Die saccharificirende Wirkung wurde gleichfalls vermindert nach Hinzufügung einer Saccharinlösung. Plugge prüfte diese, indem er einer Mischung von Stärke mit einer Lösung von Pancreassaft in Glycerin das Saccharin hinzufügte. Während die Saccharification in dieser Lösung ohne Saccharinzusatz schon nach $2^1/_2$ Stunden vollendet war, war dieselbe nach Zusatz von 0,1 % nach 16 Tagen noch nicht nachweisbar. Auch nach Neutralisation der Lösung war die Wirkung des Saccharin deutlich und es hängt also die Hemmung nicht von der sauren Wirkung ab, wie Salkowsky annahm. Auf Grund dieser Versuche glaubt P. die Anwendung des Saccharin bei Diabetikern widerrathen zu müssen, weil bei ihnen besonders viel von einer guten Verdauung abhängt. Auch sei die Anwendung des Saccharin als Ersatz für Zucker in Nahrungsmitteln nicht zu gestatten.

Seitdem nun erkannt worden ist, dass dem Saccharin die Eigenschaft zukomme, die Gährungsvorgänge im Darme zu hemmen, wird dasselbe vielfach als antiseptisches Mittel verwendet. So gebraucht Dr. Maurice Fourcier seit einiger Zeit Saccharin gegen Soor mit sehr gutem Erfolg. Er berichtet in Nr. 11 der »Revue gén. de clin. et de thérap.« über 10 Fälle von Soor, die er mit Bepinselungen mit einer Saccharinlösung behandelt hat; in 8 Fällen verschwand der Soor binnen 24—36 Stunden, nur 2mal dauerte es 3 Tage bis zur vollständigen Heilung; in diesen Fällen wurden die Einpinselungen schlecht gemacht. F. verwendet folgende Lösung:

Rp. Saccharin 1,0
Alkohol 50,0

Ein Kaffeelöffel dieser Lösung wird in ein halbes Glas Was-

ser gegeben, und damit pinselt man die afficirten Partien 5mal täglich. Eine concentrirtere Lösung braucht nicht angewendet zu werden, da eine solche schädlich sein kann. Ein Apotheker der die obige Lösung bereitete, kostete dieselbe durch häufige Einführung des in die Lösung getauchten Fingers in den Mund. Am Abend desselben Tages bekam er ein Gefühl von Brennen in der ganzen Mundhöhle und am nächsten Tag eine aphthöse Eruption, die 5 Tage anhielt und, ohne jede Spur zurückzulassen, von selbst verschwand. In der Weise wie F. das Mittel anwendet, ist es vollkommen unschädlich und sehr wirksam.

II. Medicin.

Ueber die Diät bei nervösen Affektionen des Magens. Von San.-Rath Dr. Richter in Sonneberg. (Deutsche Med. Ztg. 1889 Nr. 9.) Wer Gelegenheit hat, eine grössere Zahl von Neurosen zu beobachten, weiss, dass die visceralen Erscheinungen der Krankheit sich, ausser dem Herzen, mit Vorliebe den Magen als Sitz wählen. Ist bei Neurosen des Hirns und Rückenmarks die Innervation des Magens central gestört, so äussert sich diese Affektion hauptsächlich durch Neuralgien, Krampf, Lähmung des Magens, sowie durch vasomotorische und trophische Störungen desselben (Katarrh). Sowohl die neuralgische Affektion mit den verschiedenen krankhaften Sensationen (Schmerz, Uebelkeit etc.), wie der Magenkrampf mit seinen Symptomen sind bekannte Dinge. Bei den Lähmungserscheinungen ist man gewohnt von nervöser »Atonie des Magens« zu sprechen und konstatirt öfter Erweiterung desselben. Auch die dem primären Katarrh ähnlichen Erscheinungen des nervösen Magenkatarrhs, wie Druck, Vollsein, Würgen, grösserer oder geringerer Schmerz bei Berührung, Zungenbelag etc. sind bekannt, sowie dass man bei den hier in Frage stehenden Formen stets neurotische Reizzustände des Hirns resp. Rückenmarks findet, welche die Grundlage der Diagnose bilden.

Die Formen von Neuralgien, Krampf und Lähmung des Magens können ineinander übergehen und theilweise nebeneinander bestehen. Auch werden sie öfter durch den Katarrh komplizirt, wie dieser andererseits allein in Folge centraler Läsion der vasomotorischen Centren vorkommen kann. Sämmtliche Störungen können einhergehen mit normalem, herabgesetztem oder gesteigertem Appetit (Heisshunger etc.) Bei der hier beschriebenen Form kommt vielfach normaler resp. gesteigerter Appetit vor, während herabgesetzter Appetit oft auf perverse Intentionen der Geschmacksrichtung und andere psychische Anomalien zu schieben ist.

Bis vor nicht langer Zeit war man nun gewohnt auch bei den betreffenden nervösen Magenbeschwerden vorsichtige, mehr animale Diät von geringem Volumen, wie Milch, Eier, leicht verdauliche Fleischkost etc. anzuwenden, unter möglichster Vermeidung von Gemüsen, Kartoffeln, gährungerzeugenden Speisen etc., indem man die Quantitäten bedeutend einschränkte, so dass sich unter solcher Diät das Gewicht des Patienten verringerte, die Fett- und Blutbildung litt.

Es ist aber erfahrungsgemäss und R. hat, besonders durch Beobachtung vieler in falsche Intentionen gerathener Patienten, welche sich dann durch Anwendung der im Folgenden angegebenen Grundsätze sofort besser befanden, die deutlichsten Beweise dafür, dass nicht allein die hier in Frage stehenden Formen von Neuralgie, Krampf und Lähmung des Magens, sondern auch die nervösen Katarrhe desselben fast ausnahmslos eine kräftige, reichliche, dreiste, gemischte Kost animalischer und vegetalischer Art, besonders auch in grösserem Volumen nicht nur gut vertragen, sondern zur Erreichung der Genesung dringend nöthig haben. Es bessern sich durch Darreichung solcher Kost einerseits die Fettbildung, die Blutbeschaffenheit unter Zunahme des Körpergewichts, andererseits verringern sich diese örtlichen Beschwerden. Während bei primären Magenkatarrhen der Versuch dreister Diät meist übel ausfallen würde durch Steigerung der gastrischen Störungen, verschwinden bei nervösen Magenkatarrhen die Klagen über solche immer mehr unter dreister Einführung von gemischter, reichlicher Kost, — ein Zeichen, dass primäre Katarrhe des Magens eine andere pathologische Grundlage haben, als central bedingte neurotische Magenkatarrhe. So schaden bei den hier beschriebenen Formen sogar selten Nahrungsmittel, die zu den sogenannten schwer verdaulichen gerechnet werden, so dass man die betreffenden Patienten vielfach fette Speisen, Käse, blähende Nahrungsmittel oder die Gährung unterstützende Salat etc. ganz gut vertragen sieht. Anders verhält es sich mit Alkohol in konzentrirter Form. Oft wird anämischen Neurasthenikern, sowie an Hysterie Leidenden der Genuss von starkem Bier und Wein angerathen zur Verbesserung der Blutbeschaffenheit. Als Reizmittel für das schon im Reizzustande begriffene Centralnervensystem werden aber wiederholt genommene grössere Mengen stärkeren Bieres und Weines stets schädlich wirken. Kleinere Quantitäten und nicht zu konzentrirte Getränke, besonders während der Mahlzeiten genossen, können, je nach der Affektion richtig zugemessen, gestattet werden.

R. erörtert die Ursachen des Schadens von Entziehungsdiät sowie des Nutzens der gegentheiligen Diät. Diese Effekte beruhen erstens auf direkten resp. örtlichen Einwirkungen, zweitens auf indirekten Einflüssen der Diät, drittens auf Gesichtspunkten psychischer Natur.

Wenn Neuralgien und krampfhafte Affektionen des Magens erst in zweiter Reihe direkter Anregung durch voluminöse Ingesta bedürfen, so sind solche in erster Reihe dem gelähmten (atonischen), sowie auch dem nervös-katarrhalisch affizirten Magen erforderlich. Wie central bedingte Verstopfung — also eine Art Lähmung des Darmes — durch einseitig eingeführte, wenig voluminöse, animale Kost verschlimmert, durch den Balast vegetabilischer Nahrung und dessen Anregung der Peristaltik gebessert wird, so bedarf auch die Innervation der paretischen Magenwände eines gleichen Reizes und Anregung durch voluminöse Kost, wenn die Atonie verschwinden soll. Ebenso verhält es sich mit der Innervation der nervös-katarrhalisch affizirten Schleimhaut des Magens. R. erinnert sich keines solchen Falles, der nicht den Reiz dreister, reichlicher gemischter Kost vertragen und nicht unter deren Verabreichung sich gebessert hätte, wenn erst psychisch von den Patienten die Vorurtheile überwunden waren. Bei Vielen derselben ist ein ziemlich jäher Uebergang von Entziehungsdiät zum Gegentheil möglich, nur selten muss man die Uebergänge langsamer effektuiren.

Der indirekte Nutzen kräftiger, gemischter Kost bei den nervösen Affektionen des Magens ist noch grösser, als der direkte. Bekanntlich beruhen die Ursachen centraler neurotischer Störungen meist auf Anämie und Ernährungsstörungen des Centralnervensystems, wobei letztere durch erstere bedingt sind. Ist nun die Ernährung der Centren der Innervation des Magens gestört, so treten nervöse Magenbeschwerden ein. Es ist also selbstverständlich, dass durch entziehende Diät Verschlechterung der Blutmischung, Störung der allgemeinen Ernährung unter Abnahme des Körpergewichts und damit Störungen der Ernährung des Centralnervensystems entstehen müssen, welche bei den hier in Frage stehenden Patienten Verschlimmerung der Magenbeschwerden zur Folge haben. Wenn also diese Beschwerden durch Ernährungsstörungen des Hirns und Rückenmarkes bedingt sind, so soll man ihre Ursachen bekämpfen durch kräftige gemischte Nahrung in reichlichen Portionen, unter Unterstützung durch allgemeines roborirendes Regime, nicht aber die Erkrankung durch gegentheilige Maassnahmen kompliciren.

Ferner ist zu erwähnen, dass das Anrathen einseitiger ängstlicher Diät bei Hypochondrie und Neurasthenie oft ein psychischer Fehler von schwerwiegenden Folgen ist. Die Kranken, welche meist gross in Selbstbeobachtung sind, haben ohnehin vielfach bei Magenbeschwerden erhebliche Aengstlichkeit beim Essen. Es bilden sich auf diese Weise hypochondrische Zwangsvorstellungen aus, dass der Magen nichts vertrage, so dass das Einführen der Speisen immer mehr eingeschränkt wird. Ferner schadet die mit dem Essen verbundene

Angst insofern, als sie das Hirn reizt, durch den Reiz Verschlimmerung der Beschaffenheit und Funktion desselben hervorruft, wodurch die Thätigkeit des Magens von neuem central irritirt wird und so die Beschwerden Erhöhung erfahren. Daher kann es kommen, dass der Patient vor Angst fast nichts mehr isst, wie z. B. hysterische Patienten oft vor Angst nicht mehr gehen. Man soll also solche Zwangsvorstellungen nicht unterstützen durch unnöthige ängstliche Ueberwachung der Diät, da die Affektion sonst wachsen kann bis zur Nahrungsverweigerung, wie wir sie bei Psychosen sehen, sondern man soll den Kranken die Angst nehmen durch Ermuthigung zu dreister Diät. Aus psychisch in die Waagschale fallenden Gründen soll man auch die Patienten anhalten, möglichst alles zu essen. Es giebt viele solcher Kranker mit perversen Intentionen des Appetits. Manche haben Ekel vor Fleisch, andere wieder unwiderstehliche Neigung zu saurer Kost, Salat etc. Durch Bekämpfung solcher falscher Intentionen wird aber Willenskraft und Widerstandsfähigkeit gestärkt.

Die Zunahme des Körpergewichts ist genau zu kontroliren. Sie ist bei anämischen, schlecht genährten Neurasthenikern stets von grösster Wichtigkeit, und zwar um so mehr, als man mit entziehenden Kuren, die das Gewicht verringern, bei Neurosen, wenn sie auch mit Fettleibigkeit vergesellschaftet sind, ebenfalls stets höchst vorsichtig sein muss, da es erfahrungsgemäss ist, dass sich die nervösen Symptome auch bei korpulenten Kranken unter Verringerung des Körpergewichts sehr oft verschlimmern. Die bei diesen Patienten ebenfalls meist vorhandene falsche Blutmischung und deren Verschlimmerung durch Entziehungskuren mag die Ursache sein.

Auch Dr. M. Altdorfer, dirig. Arzt der Wasserheilanstalt St. Anne's Hill bei Cork, empfiehlt in der Deutsch. Med. Ztg. 89, 26 auf Grund seiner ausgedehnten Erfahrungen und im Anschluss an Dr. Richter's Mittheilung dringend vegetabilische Nahrungsweise bei Dyspepsia nervosa.

Ueber Prophylaxe der Tuberkulose. Von Dr. Cornet. (Berliner medizinische Gesellschaft. Sitzung vom 13. März 1889. Deutsche med. Wochenschr.)

Unter dem Einfluss der Lehre von der Ubiquität der Tuberkelbacillen hat man den Schluss gezogen, dass das Ausbleiben einer Infection bei so vielen Menschen in dem Individuum selbst gelegen sein müsse, in der sogenannten mangelnden Disposition. Man hat dabei vergessen, dass ein Ueberallsein der Bacillen noch lange nicht die Nothwendigkeit des Uebergehens derselben in die Luft in sich schliesst und dass wir die Luft als den Hauptinfectionsträger des phthisischen Virus anzusehen haben, erachtet C. als erwiesen. Alle

Tuberkelbacillen aber, welche in die Luft gelangen, müssen im menschlichen oder thierischen Körper entstanden sein, und so hat die rein parasitäre Natur des Tuberkelbacillus auch den Ausgangspunkt einer erfolgreichen Prophylaxe zu bilden. Da wir ihm innerhalb des Organismus nicht beikommen können, muss unser ganzes Bestreben darauf gerichtet sein, ihn bei seinem Austritt aus dem Organismus unschädlich zu machen.

Wenn auch Fäces und Harn in gewissen Fällen bacillenhaltig sind, so besteht doch von dieser Seite keine bemerkenswerthe Gefahr. Die Bacillen vertheilen sich in den ungeheuren Jauchemassen, denen diese Excrete zugeführt werden, ausserordentlich und werden rasch von den Fäulnissbakterien überwuchert. Mehr zu berücksichtigen wäre eine durch die Milch oder das Fleisch tuberkulöser Thiere entstehende Infection des Darmtractus. Aber die häufigste Infectionsquelle ist unzweifelhaft der tuberkulöse Mensch, bei dem der Krankheitsprocess seinen Sitz in der Lunge hat. Die Exspirationsluft kommt nach den Untersuchungen von Naegeli u. a. als Träger des Virus nicht in Betracht; von der feuchten Oberfläche des Respirationstractus können weder durch Verdunstung, noch durch das Darüberhinstreichen selbst eines heftig strömenden Luftstromes Bacterien in die Umgebung entführt werden. Der Phthisiker wird also nur durch sein Sputum gefährlich und auch durch dieses nur, wenn es trocknet und in feinste Theile zersplittert, die unserer Athmungsluft beigemischt werden. Erschwert wird diese feinste Zertheilung des Sputums durch seine klebrige, zähe Beschaffenheit und bis zu einem gewissen Grade ist sie von dem Feuchtigkeitsgehalt der Luft abhängig. Ueberdies erfreut sich der menschliche Organismus noch physiologischer Schutzwehren, die das Eindringen von Infektionskeimen hindern und die zum Theil auf den anatomischen Bau der Respirationswege zurückzuführen sind, zum Theil in dem Flimmerepithel bestehen, das bereits eingedrungene Keime wieder herauszubefördern vermag.

Prüfen wir nun, inwieweit der Phthisiker unter den gewöhnlichen Verhältnissen der Gefahr der Verbreitung der Tuberkelbacillen zu begegnen pflegt, so werden wir finden, dass, wenn er es darauf abgesehen hätte, sich selbst und andere so rasch und ausgiebig wie möglich in's Verderben hineinzuziehen, er nicht besser zum Ziele gelangen könnte, als auf dem eingeschlagenen Wege, denn wohin wir auch blicken, überall treffen wir auf die Gewohnheit, den Auswurf, wenigstens zeitweise, auf den Boden oder in das Taschentuch zu entleeren und das ist zweifellos dasjenige Verfahren, welches die Verwandlung desselben in den staubförmigen Zustand am meisten befördert. Thatsächlich konnte C. bei seinen zahlreichen Untersuchungen in Privatwohnungen, Krankensälen etc., w

nachgewiesenermaassen auf den Boden oder in das Taschentuch gespuckt wurde, virulente Bacillen im Staube nachweisen, während sie ausnahmslos fehlten, wo der Auswurf stets in Spuckgefässe entleert wurde. Nach alledem dürfen wir uns nicht wundern, wenn die Angehörigen Schwindsüchtiger, besonders die Kinder schwindsüchtiger Mütter mehr als andere inficirt werden.

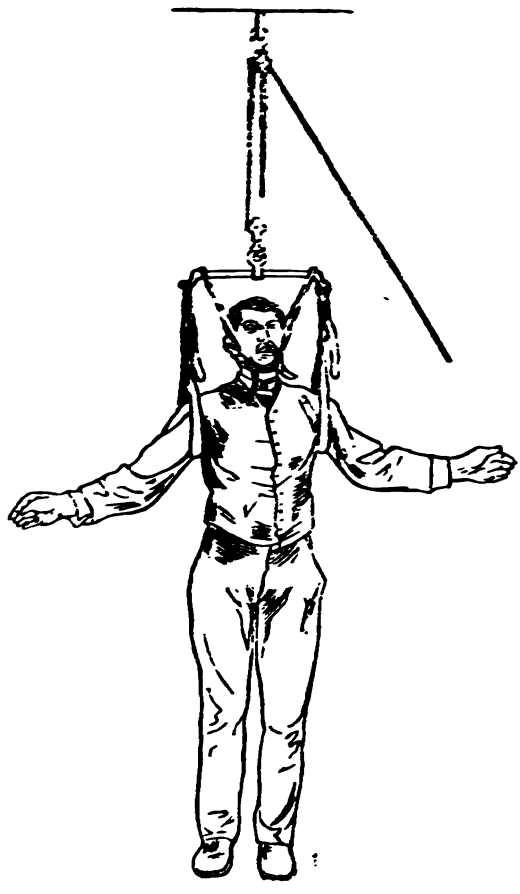
Andererseits zieht C. dagegen aus seinen Erörterungen den Schluss, dass wir der Verbreitung der Tuberkulose keineswegs so machtlos gegenüberstehen, wie vielfach angenommen wird. Alle anderen Maassnahmen treten gegen die Forderung zurück, dass in allen geschlossenen stets und von Jedem, mag er Phthisiker sein oder nicht, aller Auswurf nur in Spuckgefässe entleert wird. Dahin müssen wir wirken, indem wir zunächst an den Selbsterhaltungstrieb der Phthisiker appelliren, die sich selbst durch immer neue Zuführung infectiösen Materials am meisten schaden, wenn sie in der üblichen Weise ihren Auswurf in das Taschentuch oder auf den Boden entleeren. Eindringliche Belehrung wird nicht fruchtlos bleiben. In gewissen Fällen wird die gefährdete Umgebung solches Vorgehen selbst erzwingen können. Aber weiter sollte die genannte Maassregel ganz allgemein durchgeführt werden, namentlich sind auch in öffentlichen Gebäuden, Krankenhäusern, Gefängnissen Spucknäpfe überall anzubringen und die Benutzung derselben zu fordern. Die Spucknäpfe können mit einer eben den Boden bedeckenden Schicht Wasser gefüllt und ihr Inhalt unbedenklich in die Abtritte entleert werden. Bei Todesfällen von Phthisikern sind die Wände mit frisch gebackenem Brode abzureiben, auf dem Boden haftende Sputumreste müssen auf nassem Wege entfernt werden. Betten etc. sind in einer Desinfectionsanstalt zu reinigen, die in jeder Gemeinde vorhanden sein sollte. Bei jedem Wohnungswechsel überhaupt empfiehlt es sich, die Wände in der genannten Weise zu reinigen. Neben dieser in erster Linie wichtigen Massregel für die Errichtung von Anstalten für Schwindsüchtige nach Möglichkeit zu sorgen; in Krankenhäusern ist die Trennung der Phthisiker von den übrigen Kranken wünschenswerth. Durch die Gesetzgebung ist dem Umsichgreifen der Tuberkulose unter Rindern und Schweinen, durch sanitätspolizeiliche Vorschriften dem Genusse tuberkulösen Fleisches und der Milch perlsüchtiger Kühe entgegenzutreten.

Das sind die allgemeinen Grundzüge einer Schwindsuchtsprophylaxe, von deren Durchführung C. in absehbarer Zeit eine wesentliche Einschränkung der Seuche erhofft.

Zur Technik der Suspensionsbehandlung der Tabetiker. Von Giles. (Progrès méd. 1889. — Wien. med. Bl. 10, 1889.) G., ein Schüler Charcot's, berichtet hierüber Folgendes: Was

die Vorbereitung der Suspension betrifft, so entledigt sich der Kranke nur so weit seiner Oberkleider, dass seine Arme frei sind; der Hals des Patienten soll nackt oder zum Mindesten ohne beengenden Kragen sein, damit keinerlei Compressionserscheinungen veranlasst werden; hierauf werden die beiden Arme durch die Achselträger des Apparates gesteckt und die beiden für das Kinn und das Hinterhaupt bestimmten Kopfriemen angelegt und die Verbindungsriemen dieser beiden Theile mässig fest angezogen.

Hierauf zieht ein Assistent den Pat. mit der Schnur des Flaschenzuges mit Vermeidung jedes ruckweisen Vorgehens langsam und stetig so weit in die Höhe, bis die Fussspitzen des Patienten den Boden nicht mehr erreichen können, während der Operateur den Patienten leicht unterstützt zur Vermeidung von Schwingungen des Körpers, und der Kranke selbst angewiesen wird, jede Bewegung zu unterlassen, damit keine seitliche Verrückung oder Drehbewegung stattfinde. Von Zeit zu Zeit lässt man den Patienten die Arme langsam in verticaler Richtung eleviren, um dadurch die Suspension und den dabei ausgeübten Zug wirksamer zu gestalten. — Die Dauer der Suspension wird Anfangs auf eine halbe Minute beschränkt und allmählig auf 3 bis höchstens 5 Minuten verlängert, welche Maximalzeit in der 6. oder 8. Sitzung zu erreichen ist. Bei der Bestimmung dieser Dauer wird jedoch das Körpergewicht des Kranken in erster Reihe zu berücksichtigen sein, da für Personen von 80 oder 90 Kilogramm Gewicht die Suspension viel unangenehmer ist, als für leichtere Individuen von 60 Kilogramm Gewicht und darunter. B



schweren Personen ist der auf die Nackenmuskeln ausgeübte Zug ein viel stärkerer und beinahe schmerzhafter; eine in unvorsichtiger Weise auf die Maximaldauer ausgedehnte Suspension wird bei diesen Patienten leicht Schmerzen hervorrufen, welche den ganzen, der Procedur folgenden Tag anhalten können. Diese unangenehme Eventualität soll man unter allen Umständen vermeiden, um so mehr, als die Suspension schwerer Personen schon nach kurzer Dauer begreiflicherweise sehr wirksam sein wird. Ist die vorgeschriebene Dauer der Suspension erreicht, lässt man den Patienten langsam herab, damit er den Boden ohne Erschütterung berühre, unterstützt ihn, während man den Apparat abnimmt, und lässt ihn für kurze Zeit auf einen bereit gehaltenen Stuhl niedersetzen und ausruhen. Die Sitzungen sollen nur jeden zweiten Tag vorgenommen werden. Oeftere Suspensionen haben sich eher schadenbringend als nützlich erwiesen.

Ueber die Dauer der Behandlung lässt sich bisher noch nichts Bestimmtes aussagen. Die ersten Tabetiker, welche in der Salpêtrière der Suspension unterzogen worden sind, kommen seit 4 Monaten regelmässig zur Behandlung und zeigen eine langsame und gleichmässig fortschreitende Besserung. Man kann die Suspension mit Vertrauen in allen derartigen Fällen versuchen, denn dieselbe ist, wie Charcot (siehe die vorige Nr. d. Zeitschrft.) selbst sich aussprach, bei zweckmässiger Application sicher ein unschädliches Verfahren.

Ueber Lähmung durch polizeiliche Fesselung (Arrestantenlähmung) der Hand. Von Prof. Eulenburg in Berlin. (Neurolog. Centralbl. 1889, 4.)

In der Vierteljahrschr. f. ger. Med. 1882 hat Bernhardt mehrere Fälle von Radialislähmung und von Lähmung sämmtlicher Armnerven mitgetheilt, welche durch polizeiliche Fesselung in der Form von Umschnürung des Oberarmes, gewöhnlich an der Umschlagstelle des N. radialis, herbeigeführt waren. Am Schlusse seiner Mittheilung weist Bernhardt darauf hin, dass sich diese oft wochenlangen Gebrauchsstörungen durch Wahl einer anderen, für die Fesselung geeigneteren Localität vermeiden liessen; »es liessen sich vielleicht in der Nähe der Handgelenke, wo die vorstehenden Enden der beiden Vorderarmknochen den Druck besser als die fleischigen, weichen Massen der Oberarme auszuhalten vermögen, Stellen finden, an welchen, wenn nöthig, die Fesselung vorzunehmen wäre.« Diese Anregung scheint nicht ohne fruchtbare Folgen geblieben zu sein; denn offenbar wird gegenwärtig in Berlin und Umgegend die polizeiliche Fesselung der Arrestanten dicht oberhalb der Handgelenke, und zwar mittelst einer an jedem Ende mit einem Hebel versehenen circa 3 mm dicken Schnur, die rasch zu einer Schlinge zusammengedreht wird, vollzogen. Dass aber auch diese Localität der Fesselung nicht ganz gefahrlos ist und die Möglichkeit, längere Zeit anhaltender Gebrauchsstörung durch Lähmung der an der Volarseite des Radiocarpargelenks befindlichen Nervenstämme, namentlich des Medianus, nicht ausschliesst, das zeigt der folgende noch gegenwärtig der Beobachtung Eulenburg's unterliegende Fall. Ein 48j. Schmied D. war am 23. December 1888, weil er sich der Aufforderung, der Wache zu folgen, nicht fügte, angeblich von zwei Beamten an beiden Händen gefesselt und so dreihundert Schritte weit bis zur Wache fortgeführt worden. Unterwegs soll der zur rechten Seite gehende Beamte den Knebel so fest zugedreht haben, dass D. hier sogleich ein höchst schmerzhaftes Einschneiden spürte. Nachher soll eine starke Röthung und Strangulationsfurche an der Volarseite der Handgelenksgegend vorhanden gewesen sein. Seit dieser Zeit datirt die Gebrauc

unfähigkeit der Hand, die D. bisher an dem Aufnehmen seiner Arbeit als Schmied verhindert hat, da er ausser Stande zu sein behauptet, zum Schlagen auszuholen, und beim Meisseln einen heftigen Schmerz besonders im Daumenballen, sowie an der Volarseite des Handgelenks in der Nähe des unteren Radialendes empfindet. D. klagt ausserdem über verminderter Kraft der rechten Hand, erschwertes Fassen feiner Gegenstände zwischen Daumen und Zeigefinger, sowie über mannigfaltige Parästhesien in den beiden genannten Fingern, namentlich ein fast beständiges Kältegefühl, sowie Nachts Gefühle von Brennen und Zucken. Untersuchung (zuerst am 14. Januar, also drei Wochen nach der Fesselung): keine Spur äusserer Verletzung mehr sichtbar; rechte Hand, namentlich Daumenballen, Daumen und Zeigefinger kälter als die entsprechenden Theile links; Medianus über dem Handgelenk auf Druck abnorm empfindlich mit ausgesprochener excentrischer Sensation in der Medianusausbreitung, namentlich im Zeigefinger; Ulnaris dagegen nicht druckempfindlich. In der Gegend des unteren Radialendes, der das Handgelenk bezeichnenden volaren Querfurchen ulnarwärts bis zur Sehne des Palmaris longus heran, und des Os naviculare, sowie weiter nach vorn fast die ganze Haut des Daumenballens und den angrenzenden Theil der Vola bis zur medialen Hohlhandfurche umfassend, erstreckt sich eine ziemlich grosse, unregelmässig gestaltete Zone deutlicher Sensibilitätsherabsetzung, welche nach vorn ununterbrochen in das den vier ersten Digitalzweigen des Medianus entsprechende Gebiet für Daumen und Zeigefinger übergeht, in welchem die Sensibilität ebenfalls — wenn auch minder erheblich — herabgesetzt ist. Eulenburg constatirt mittelst Prüfung der elektrischen Reaction und der faradomusculären Contractilität das Vorhandensein einer Parese des N. medianus mit Betheiligung seiner motorischen Aeste für den Daumenballen (und die Lumbricalmuskeln), sowie seiner sensiblen ersten vier Rami digitales und des Ramus cutaneus palmaris. Dass die Parese durch Umschnürung des N. medianus im Bereiche seiner oberflächlichen Lagerung oberhalb des Radio-Carpalgelenks, zwischen den Sehnen des Flexor carpi radialis und Palmaris longus — genauer: an oder oberhalb der Abgangsstelle des Ramus cutaneus palmaris — entstanden, ist nach Lage der Dinge wohl kaum zu bezweifeln. Die Prognose war günstig zu stellen; auch ist zur Zeit, nach ungefähr dreiwöchentlicher Behandlung bereits eine merkliche Aufbesserung der gestörten Motilität und Sensibilität unverkennbar. Prophylactisch gibt der vorliegende Fall nur zu der Bemerkung Anlass, dass die nachtheiligen Folgen der Umschnürung wohl bei Anwendung von etwas weniger Gewalt seitens des »Führers zur Rechten« hätten vermieden werden können. Ob nicht die Schnur durch einen breiten Lederstreifen zu ersetzen wäre, der auch bei festem

Zusammendrehen des Knebels einen so nachtheiligen örtlichen Druck nicht zu üben vermöchte, möchte Eulenburg der fachmännischen Beurtheilung der betheiligten Polizeiorgane anheimgeben.

III. Chirurgie-, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Die Behandlung der Ganglien und Atherome mittelst Arseninjection. Die Wirkungen der Arseninjektionen bei Lymphomen wurden von Winiwarter genau studirt und auf Grund zahlreicher Versuche und Beobachtungen in der Weise erklärt, dass dem Arsen die Eigenschaft zugeschrieben werden könne, die Eiweisssubstanzen zur Desagregation zu bringen und eine Art Nekrobiose dieser Gewebe zu veranlassen, welche dieselben zur raschen Resorption geeignet macht. Dr. Barth in Paris kam nun auf den Gedanken, diese Methode auch bei anderen gutartigen kleinen Tumoren zu versuchen, welche gewöhnlich durch die Exstirpation beseitigt werden, wie z. B. bei Ganglien der Sehnenscheiden, bei Atheromen, eventuell auch bei kleinen Lipomen. Seine Erfahrungen erstrecken sich bisher, wie er in seinem Aufsatze in der »Union médicale« Nr. 7, 1889, berichtet, nur auf eine kleine Anzahl von Fällen, doch sind die Resultate genügend günstig, um die vorläufige Publikation derselben zu rechtfertigen. Der erste Fall betraf ein 12jähriges Mädchen, welches seit mehreren Monaten ein nussgrosses Ganglion an der Streckseite des rechten Handgelenkes hatte; die kleine Geschwulst war nicht nur entstellend, sondern schmerzte auch bei allen Bewegungen des Handgelenkes, besonders beim Clavierspielen. Jodeinpinselungen, Druckverbände waren vergebens angewendet worden, der Versuch die Cyste zu zerdrücken, misslang gleichfalls, da die Wandungen derselben zu hart waren. B. entschloss sich daher, die Injectionsbehandlung mit Fowler'scher Lösung einzuleiten und spritzte bei strengster Beobachtung der Antiseptik zwei Tropfen derselben in die Höhle der Cyste ein. Die kleine Operation hatte zwar ziemliche Schmerzen und eine Anschwellung der Cyste und ihrer Umgebung im Gefolge, aber dieser Zustand besserte sich in kurzer Zeit, und nach 10 Tagen war der kleine Tumor spurlos verschwunden. Recidive trat nicht ein. Bald darauf versuchte B. das gleiche Verfahren bei einer 30jährigen Dame, die ein kirschengrosses Atherom am Kopfe auf unblutige Weise beseitigt haben wollte. Die erste Injection von einem Tropfen Fowler'scher Lösung blieb erfolglos. B. wiederholte daher das Verfahren nach einiger Zeit und injicirte zwei Tropfen und beobachtete darauf wieder dieselben Erscheinungen, wie beim ersten Falle; leich-

Entzündung und Vergrösserung des Tumors und darauf allmälig eintretende Atrophie und vollständiges Verschwinden nach 14 Tagen. B. behandelte noch 6 weitere Fälle nach der angegebenen Methode, darunter 2 Atherome und 4 Ganglien, und zwar je 2 am Hand- und Fussrücken. Von diesen kleinen Tumoren schwanden 4 nach der ersten Injection. Ein Ganglion am Fussrücken recidivirte und erforderte eine zweite Injection. Der sechste Fall missglückte, da nur ein theilweiser Erfolg eintrat. Es handelte sich um eine 70 Jahre alte, sehr fette, gichtleidende Dame, welche an der Stirn ein sehr entstellendes nussgrosses Atherom trug und von der Geschwulst durch eine unblutige Operation befreit werden wollte. Auf die Injection von 2 Tropfen Fowler'scher Lösung trat ein ziemlich heftiger Schmerz ein, der jedoch nicht, wie gewöhnlich, nach einer halben Stunde schwand, sondern ungefähr noch 24 Stunden andauerte, während der Tumor bedeutend an Grösse zunahm und die Haut über demselben, sowie in der Umgebung eine ödematöse Schwellung und lebhafte, wie erysipelatöse Röthung zeigte. Diese Erscheinungen dauerten fast 3 Tage an, ohne dass jedoch Fieber oder sonstige Allgemeinerscheinungen eintraten. Nach dieser Zeit begann der Tumor sich zu verkleinern, behielt jedoch schliesslich den dritten Theil seines ursprünglichen Volumens. Obwohl B. die Ueberzeugung aussprach, dass eine zweite Injection auch den Rest zum Schwinden bringen würde, konnte sich die Dame zu derselben nicht mehr entschliessen.

Die Wirkung der Injection scheint auf der Erregung einer leichten Entzündung und nachfolgenden Atrophie der entzündeten Gewebe zu beruhen. Das Verfahren selbst ist sehr einfach und vollkommen gefahrlos. Selbstverständlich muss man die Vorschriften der Antisepsis strengstens beachten und jene Tumoren vermeiden, deren Inhalt zur Eiterung tendirt. Gewebe, welche pyogene Mikroben einschliessen, werden bei dieser Behandlung sicher zu Abscessen, eine Eventualität, deren Vermeidung ja zu den Vortheilen der angegebenen Methode zählt, da ihre Wirkung in der Erziehlung der Atrophie nach einer leichten Entzündung der Gewebe beruht. Man muss zugestehen, dass alle diese kleinen Geschwülste auch durch das Messer ohne Schwierigkeit entfernt werden können; allein die blutigen Operationen werden namentlich bei unwesentlichen Affectionen nur mit grossem Widerstreben zugestanden; die Injectionsmethode ist hingegen höchst einfach, macht nicht mehr Umstände als eine gewöhnliche Morphiuminjection und wird daher bereitwilligst acceptirt. Die einzige Unannehmlichkeit, der länger dauernde Schmerz nach der Injection, kann vielleicht dadurch vermieden werden, dass man der Fowler'schen Lösung die gleiche Menge einer 1- bis 2procentigen Lösung von Cocain. hydrochloric. hinzufügt.

(Wiener med. Blätter.)

Behandlung tuberculöser Processe mit Perubalsam. In einem Vortrag, den Prof. Albert im Wiener medicinischen Doctoren-Collegium über conservative Behandlung tuberculöser Processe hielt, wurden Erfahrungen über die Behandlung der Tuberculose mit Perubalsam nach Landerer mitgetheilt. Dr. Schopf hat L.'s Verfahren mit dem besten Erfolge angewendet gegen fungöse Processe, indem er den Perubalsam auf Gaze aufstreicht und damit die Wunde oder das Geschwür bedeckt. Der Verlauf war stets ein äusserst günstiger. Es trat stets prima intentio und bei Wundhöhlen eine lebhafte Granulation ein. Zu befürchten ist nur die Einwirkung dieses Mittels auf die Niere; diese trat auch wirklich in zwei Fällen ein, wo sich eine Nephritis entwickelte, so dass er von diesem Mittel abstehen musste. Er habe daher dessen Anwendung beschränkt, aber nicht vollständig aufgegeben.

Dr. Rabl gebraucht den Perubalsam seit 3 Monaten in jenen Fällen von Localtuberculose, für die Landerer die 1 proc. Emulsion nicht nach gemachter Operation, sondern direct zur Bekämpfung des fungösen Processes empfohlen hat und hält die Methode für sehr empfehlenswerth. Bei einer Frau mit leichter Spitzentuberculose und Caries des Olecranon, bei der nach Ausräumung des fungösen Abscesses eine Infection des äusseren Condylus des Oberarms auftrat, wurde Perubalsam in die fungöse Schwellung injicirt und die Hohlgänge damit ausgespritzt. Nach der 3. Injection (die Injectionen wurden alle 6 Tage gemacht) war die Schwellung zurückgebildet, die Hohlgänge heilten ganz schön mit Ausnahme eines seit Mai 1888 bestehenden, auf dem nekrotischen Olecranon sitzenden.

In einem Falle von fortgeschrittener Caries des Ellenbogengelenkes hat R. Injection von Perubalsam, anfangs mit 10 Proc., zuletzt mit 60 Proc. Lösung gemacht. In diesen Fällen, sowie auch bei einigen Drüsenschwellungen war R. mit den Resultaten sehr zufrieden. Das Peru-Pflaster scheint auf den fungösen Process selbst keinen Einfluss zu haben; erst wenn das fungöse Gewebe ausgekratzt ist, dann wirkt das Pflaster. Bei der geringen Reaction, die der Perubalsam macht, ist es der Mühe werth, das Mittel in weiteren Fällen zu versuchen.

Da, wenn die Wirksamkeit des Perubalsam gegen tuberculöse Processe sich bewährt, ein grösserer Consum desselben vorauszusehen ist, ist der Hinweis Binz von (Centr. f. klin. Med. Nr. 15) auf die überaus häufigen Verfälschungen des Balsams sehr beachtenswerth. Da der Balsam nur in der kleinen Republik San Salvador in Centralamerika und auch da nur in begrenzten Strichen gewonnen wird, so hält Binz es für geboten, bei grösserem Verbrauch durch Reindarstellung und Anwendung seiner wirksamen Bestandtheile sich von den Händ-

lern und Verfälschern unabhängig zu machen. Gegen 60 Proc. der Drogue besteht aus dem Cinnameïn d. i. Zimmtsäure-Benzyläther mit Benzoesäure-Benzyläther, ferner enthält er gegen 10 Proc. freier Zimmtsäure und ein wenig freie Benzoesäure. B. vermuthet, dass eine dem Perubalsam nachgebildete Mischung jener Aether mit freier Zimmtsäure und etwas freier Benzoesäure demselben in ihrer arzneilichen Wirkung nahekommen würde.

Ueber Carbol-Necrose. Von Max Kortüm. — K. berichtet über einen im letzten Jahre behandelten Fall, in welchem durch Umschläge mit sehr starker Carbollösung (1 Esslöffel ac. carb. liquef. auf 1 kleines Wasserglas voll Wasser) eine Necrose der ersten Daumenphalange eintrat, die nach 2 Monaten erst unter Einbusse der Hälfte des Gliedes heilte. Aber nicht nur solche starke Lösungen können ähnliche Zerstörungen bewirken, sondern auch nach K. schon 1—2procentige. So kam vor Kurzem ein Patient in seine Klinik, welcher mit 2procentiger Carbollösung Umschläge um die Hand gemacht hatte, mit schwärzlich verfärbter Haut, welche sich in der Folge brandig abstiess, und grossen Blasen. Nach seinen Erfahrungen handelt es sich dabei immer um längere Zeit feucht bleibende Umschläge um Finger und Zehen. Die Carbolsäure gelangt hierbei in wässeriger Lösung durch die intacte Epidermis zur Resorption und wirkt dann als spezifisches Nervengift. Bekannt ist auch die anästhetische Wirkung der Carbolsäure, welche Neill bei kleineren Operationen auszunutzen empfahl (50—80procentige Lösungen Oel oder Glycerin). Aus gleichem Grunde wirken Carbolinjectionen bei den Schmerzen der Pneumonie und Pleuritis schnell und sicher. Nach K. dürften auch die vasomotorischen Nerven und trophischen Fasern bei längerer Einwirkung der Carbolsäure dem Einflusse dieses Giftes unterliegen, und damit erkläre sich auch die überaus langsame restitutio ad integrum. Die necrotischen Erscheinungen dagegen treten überraschend schnell ein, und weibliche Individuen, Kinder, Greise sind der Gefahr am meisten ausgesetzt. K. warnt zum Schlusse vor feucht bleibenden Carbolumschlägen um die Finger und Zehen, die bei manchen Menschen schon durch 1 — 2 procentige Lösungen zu Grunde gehen können.

Dr. Haupt (Soden) beobachtete vor 4 Jahren einen Fall, in welchem die Frau eines Barbiers (und zugleich Pfuschers) zweier Phalangen eines Zeigefingers durch Carbolnecrose verlustig ging. Eine unbedeutende Risswunde hatte ihren Berather veranlasst, zwei Tage lange Umschläge mit Carbollösung zu machen. Als H. die Frau sah, war der Finger wie verkohlt, und es blieb nur mehr die Amputation des Gliedes übrig.

(Allgem. medic. Centralzeit.)

Wie behandelt die neuere Dermatologie Erysipele? P. G. Unna (Hamburg) beantwortet (Monatsh. f. pr. Dermatol No. 5, 89) diese wichtige Frage folgendermassen: »Dass die verschiedenen Antiseptica sich in ihrer Wirkung auf die einzelnen infectiösen Wundkrankheiten verschieden verhalten, ist eine allgemein bekannte Thatsache der neueren Chirurgie, wenn sie auch aus den neueren Arbeiten über Antisepsis nicht immer mit der nöthigen Klarheit hervorgeht. Wie Carbolsäure und Sublimat in richtiger Anwendung das Wunderysipel verhindern, wie Jodoform dasselbe absolut nicht ausschliesst, so giebt es auch wieder Mittel, welche gerade nur das Erysipel (durchaus nicht etwa andere Wundinfectionen) verhindern und das ausgesprochene Erysipel in specifischer Weise zum Schwinden bringen. Hierher gehören Ichthyol und Resorcin. — Wir dürfen es nicht als Criterium eines Specificums in diesem Falle ansehen, wenn unter Anwendung desselben das Erysipel keine weiteren Fortschritte macht. Denn bekanntlich ist es recht schwierig, zu beurtheilen, ob im Einzelfalle das Erysipel in Folge des Mittels oder ohne unser Zuthun zum Stillstand gekommen ist. — Von einem Specificum gegen Erysipel muss man vielmehr verlangen, dass unter seinem Einflusse sämmtliche örtlichen und allgemeinen Symptome des Erysipels vollständig und mit einem Schlage zurückgehen. Die Randröthe muss einsinken und abblassen, die locale Temperaturerhöhung und das Fieber abfallen, das Allgemeinbefinden (Appetit, Zunge) sich alsbald bessern. Es darf endlich an keiner Stelle ein Weiterschreiten des Rothlaufs stattfinden. Alle diese Symptome gewahrt man bei einer dem Einzelfall richtig angepassten Ichthyol- oder Resorcinbehandlung. Die Hauptschwierigkeit der letzteren liegt aber darin — und das mag der Grund sein, weshalb sie sich noch nicht allgemeiner Zustimmung erfreut —, dass diese reducirenden Mittel in höherer Concentration auf gewissen Hautstellen und bei manchen Individuen selbstständig Oedem und Blasen hervorrufen können, also Symptome, zu denen schon durch das Erysipel an sich die Disposition gegeben ist. Es wäre z. B. niemals rathsam, bei einem Erysipel, das nach Operation am Penis auftritt, Ichthyol in stärkerer Concentration anzuwenden, weil dasselbe an dieser Hautregion leicht die geschilderten Symptome hervorruft. Glücklicherweise sind aber die Prädilectionsstellen des Erysipels (Gesicht, behaarter Kopf) gerade sehr geeignet für die starke Behandlung mit Ichthyol und Resorcin. Da man im Einzelfalle nun aber doch nur selten die Reaction der Haut auf diese Mittel genau kennt, so sind diejenigen Wege einzuschlagen, welche auch sonst bei der Behandlung der Hautkrankheiten sich geeignet erwiesen haben, um derartige unliebsame Nebenwirkungen zu vermeiden.

»Wir erreichen das auf zweierlei Weise, einmal, indem

wir mit ganz schwacher Procentuirung beginnen, dadurch eine Abblassung und stärkere Verhornung herbeiführen und dann zu stärkerer Procentuirung übergehen. Gewöhnlich ist dazu jedoch beim acuten Verlaufe des Erysipels keine Zeit. Immerhin sind schwache (1—2 procentive) Lösungen beider Mittel in Form feuchter Umschläge hin und wieder recht gut zu verwenden, um das Erysipel zunächst zum Stillstand zu bringen und zugleich die Reaction der Haut auf diese Mittel zu prüfen. Der andere Weg ist die Vermischung der Mittel in hoher Concentration mit solchen anderen Mitteln, welche stets ohne derartige Nebenwirkungen die Haut zur Abblassung, Eintrocknung und Schrumpfung bringen. Unter diesen ist vor allen die einfache Zinkpaste zu empfehlen (Ungt. Zinci 96, Terrae Siliceae 4), soweit es sich um die unbehaarte Haut handelt. Auf dem behaarten Kopfe, wo selbstverständlich nur dann Pasten angewandt werden können, wenn das Haar kurzgeschnitten getragen wird, ist in allen anderen Fällen die Mischung der Mittel mit Leinöl anderen Vehikeln vorzuziehen, da dieses selber ein schwach reducirendes Mittel ist. — Sehr angenehm sind ferner für den behaarten Kopf halb wässerige, halb spirituöse Sprays, auf deren Anwendung eine Einölung des Kopfes mit Leinöl folgen kann. Uebrigens darf man von der directen Behandlung des behaarten Kopfes ganz Abstand nehmen, wenn das Erysipel die Grenze desselben bereits allseitig überschritten hat, und braucht dann nur die Ränder mit einer starken Resorcin- oder Ichthyolpaste energisch zu behandeln, z. B. R. Pasta Zinci, Resorcini ana 25,0. MDS. 3 bis 4 mal täglich auf die angefeuchtete Haut sanft einzureiben. — Für Erysipel in der Genitalgegend ist wegen der leicht auftretenden Schwellung überhaupt lieber von den reducirenden Mitteln Abstand zu nehmen und statt dessen sind Watteverbände anzuwenden, welche durch eine Mischung von Aqu. plumbi mit 5 procentigem Carbolwasser ana dauernd feucht gehalten werden. Einzelne ganz umschriebene Erysipelstellen kann man durch Aufpinselung von starkem Ichthyol- oder Resorcincollodium abortiv behandeln, wobei die mechanische Compression ebenfalls günstig in's Gewicht fällt. — Sehr wichtig ist die prophylactische Behandlung der Nasenschleimhaut des an recidivirenden Erysipelen des Gesichtes leidenden Patienten. Hier sollte gewohnheitsgemäss Morgens und Abends eine Bespülung durch lauwarme schwache Ichthyollösung mittelst Aufschnaubens oder Injection unter geringem Drucke (Gummiballon) angewandt werden, oder, statt dessen, gleiche Bespülung mit einem Chinarindendecoct.«

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber Achsenzugzangen. Von Dr. E. Bumm. Dem Princip der Achsenzugzangen liegt die Reflexion zu Grunde, dass von dem Zug, den man am hochstehenden Kopfe mit der gewöhnlichen Zange ausübt, ein beträchtlicher Theil, nahezu die Hälfte der aufgewandten Kraft verloren geht. Die übrige Kraft wirkt nur schädlich, indem sie den Kopf gegen die mütterlichen Weichtheile anpresst, diese einem unnöthigen Drucke aussetzt und durch die vermehrte Reibung das Weitergleiten des Kopfes direct erschwert. Das Modell Tarnier's vom Jahre 1870 scheint Vf. am reinsten und relativ vollendetsten das Princip des Achsenzuges zum Ausdruck bringen, welches darin besteht, durch eine geeignete Vorrichtung an der Zange den Zug mit derselben möglichst genau in der Achse des Beckens auszuführen und jede andere Zugrichtung, weil fehlerhaft, zu vermeiden. Das Instrument in seiner neuen Modification ist ein langer Levret'scher Forceps mit einer Fixationschraube nahe hinter dem Schlosse, um die Löffel einander zu nähern. Hierzu kommt der Zugapparat, bestehend aus den Zugstäben und dem Zuggriff. Erstere verbinden die Zangenlöffel mit letzterem.

Es ist wohl richtig, dass die Achsenzugzange etwas complicirter ist, als die einfache, daher auch die Desinfection mit viel mehr Sorgfalt vorgenommen werden muss. Dagegen sind die anderen Einwände gegen das Instrument nicht stichhaltig. Die Wirkung der Fixationsschraube ist bei regelrechter Handhabung keine derartige, dass dadurch Läsionen des Kindesschädels erfolgen würden, wenigstens hat Vf. in den 86 Fällen, in welchen er die neue Zange anlegte, verhältnissmässig nicht mehr nachtheilige Folgen beobachten können, als solche auch bei Anwendung der einfachen Zange vorkommen: 8 Facialislähmungen und stärkere Hautverschärfungen, 9 todte und 6 schwer asphyktische Kinder. Auch der Vorwurf des leichteren Abgleitens der Achsenzugzange ist nicht gerechtigt; ebensowenig wie der, dass aus dem Gewicht der freischwebenden Zangentheile eine schädliche Druckwirkung resultire.

Dagegen wird allgemein anerkannt, dass die Extraction mit Hilfe der Achsenzugvorrichtung wesentlich leichter ist. Dabei wird jeder überflüssige Druck gegen die vordere Beckenwand vermieden. Ein weiterer grosser Vortheil liegt in der freien Beweglichkeit des mit der Zange gefassten Kopfes, seine Unabhängigkeit von der Richtung des Zuges. Der Kopf kann nicht nur wie beim alten Forceps innerhalb der Löffel rotiren, sondern sich auch mit der Zange bewegen, da sie jedem Impulse leicht nachgibt.

Vf. resumirt seine Anschauung über den Werth d- Tarnier'schen Zange dahin, dass er meint, die Achser

vorrichtung wäre wohl noch verbesserungsfähig in constructiver Hinsicht, doch stelle sie bereits in ihrem jetzigen Zustande eine wesentliche Vervollkommung der Zange dar. Ueberall da, wo die abnorm schwachen oder mangelhaften natürlichen Druckkräfte durch Zug von unten verstärkt oder ersetzt werden sollen, bewährt sich die Achsenzugvorrichtung. Man kann mit ihr leichter, bequemer und unschädlicher extrahiren, als mit der gewöhnlichen Zange. Die bisher für den Zangengebrauch giltigen Grenzen werden aber durch das neue Instrument kaum erweitert werden dürfen.

(Volkmann's Samml. klin. Vorträge Nr. 318. 1888.)

Ueber Complication von Schwangerschaft und Geburt mit Tumoren der Beckenorgane. Von Prof. Fehling in Basel. (Deutsche med. Wochenschr. — Schmidt's Jahrb.) Die Fortschritte der Gynäkologie haben die früheren Anschauungen über das ärztliche Handeln bei Zusammentreffen von Geschwülsten der weiblichen Beckenorgane mit Schwangerschaft und Geburt wesentlich verändert. Wer sich über die jetzt geltenden Grundsätze schnell orientiren will, findet in obiger Arbeit die Hauptfragen kurz und klar besprochen. Ref. möchte nur das Wesentliche aus derselben herausgreifen.

F. zieht von den Geschwülsten die Ovarialtumoren, die Fibromyome und die Carcinome des Uterus in den Bereich seiner Darlegungen, trennt dabei stets das Vorkommen dieser Geschwülste in der Schwangerschaft und bei der Geburt und giebt die Therapie an, soweit dieselbe im jeweiligen Falle in Frage kommt.

Ovarialtumoren in der Schwangerschaft sind im Ganzen selten. Wird durch die Anwesenheit, bez. durch das Wachsthum derselben nicht spontaner Abortus oder Frühgeburt bewirkt, so ist bei grösseren Geschwülsten, oder bei solchen, deren rasches Wachsthum auffällt, die Ovariotomie indicirt. Nach 86 bekannten Ovariotomien in der Schwangerschaft ist eine Mortalität von 9,5 % berechnet worden. Die Operation ist bei Erstgebärenden und solchen Frauen, die wenige Kinder haben, möglichst hinauszuschieben, damit bei eventuell bald nach der Operation eintretender Geburt das Kind lebensfähig ist.

Ovarialtumoren, die bei der Geburt erst zur Kenntniss des Arztes kommen, werden zum absoluten Geburtshinderniss, wenn sie im Beckeneingang oder im kleinen Becken eingekeilt liegen. Hier muss vor Allem der Versuch gemacht werden, in tiefer Narkose den Tumor neben dem vorliegenden Kindestheil vorbei zu schieben. Gelingt dies nicht, so muss die Cyste von aussen (wenn möglich) oder von der Scheide aus punktirt, bez. incidirt werden. Erst wenn die Cyste verkleinert ist, kann eine geburtshülfliche Operation in Frage kommen, wenn die Geburt nicht spontan verläuft. Ist die Reposition oder

die Verkleinerung der Cyste unmöglich, so muss bei lebendem Kind der Kaiserschnitt, bei todtem Kind die Perforation und Kranioklasie gemacht werden. Gewaltsame Entbindungsversuche mittels Zange oder Wendung sind verboten.

Kommt es bei Fibromyomen überhaupt zu einer Schwangerschaft, so wird gewöhnlich ein mehr oder weniger starkes Wachsthum der Geschwulst beobachtet. Wenn nicht spontaner Abortus eintritt, und wenn in der weiteren Schwangerschaft lebensbedrohliche Erscheinungen eintreten, so ist die Myomotomie oder die Amputatio supra-vaginalis des schwangeren Uterus auszuführen. Der künstliche Abortus ist nur zu empfehlen, wenn der Fall zur Myomotomie ungeeignet ist. Die künstliche Frühgeburt ist indicirt, wenn retrocervikale Myome bei ihrem Wachsthum den Beckeneingang verlegen und nicht in die Höhe geschoben werden können. Für die Geburt gilt es vor Allem abzuwarten. Manche Tumoren weichen spontan dem vorangehenden Kindestheil aus, manche können in Narkose reponirt werden. Vor der Wendung als geburtshülflicher Operation warnt F., bei Raumbeschränkung lässt er nur Zange und Perforation concurriren. Auch hier kommt der conservative Kaiserschnitt in Frage, in anderen Fällen die Porro'sche Operation oder die Myomotomie. Auf die besonderen Indikationen zu diesen Operationen geht F. nicht näher ein.

Carcinome wachsen ebenfalls rasch in der Schwangerschaft und es gilt hier als erster Grundsatz, wenn das Carcinom überhaupt noch radikal zu operiren ist, die Totalexstirpation des graviden Uterus zu machen. Ist der Uterus schon zu gross, so empfiehlt es sich, erst den künstlichen Abortus einzuleiten und danach den Uterus zu entfernen. Kann man nicht mehr radikal operiren, so muss abgewartet werden. Palliative Behandlung solcher Carcinome gefährdet die Schwangerschaft, ist daher zu unterlassen, wenn man letztere erhalten will. Bei der Geburt ist möglichst abwartend zu verfahren; zögernde Eröffnung des Muttermundes ist durch dreiste Incisionen zu beschleunigen; weiche, zerfallende Carcinommassen sind mit den Fingern oder dem scharfen Löffel möglichst zu entfernen, um die Geburt auf dem natürlichen Wege zu ermöglichen. Lebt das Kind und ist Gebärunmöglichkeit vorhanden, so muss der Kaiserschnitt nach Porro gemacht werden; todte Kinder sind zu perforiren.

Als Hauptgrundsatz gilt in allen eben beschriebenen Fällen, das Leben der Mutter zu schonen und nur, wenn letztere hoffnungslos erkrankt ist, das Leben der Frucht in den Vordergrund zu stellen.

Verschiedenes.

Die Hadernkrankheit. Die »Hadernkrankheit« wurde bisher als eigenes Krankheitsbild abgegrenzt. Sie befällt nur die mit dem Sortiren von Hadern in Papier- und anderen Fabriken beschäftigten Personen in Form einer schnell verlaufenden Infectionskrankheit. Frostanfälle, Uebelkeit, Brechreiz, Temp. 39—40° C., Athembeschwerden und Cyanose sind die Haupt-Initial-Symptome; dazu gesellt sich dann Praecordialangst, kalter Schweiss, Rasselgeräusche auf den Lungen, event. blutig tingirtes Sputum. Nach 2—4tägiger Krankheitsdauer erfolgt der Tod.

Bei der Section finden sich constant seröse Ergüsse in der Pleura, sulzige Infiltrate des mediastinalen Gewebes, catarrhalische Affection der Bronchien und Trachea mit kleinen necrotischen Stellen.

Paltauf in Wien hat in einer bemerkenswerthen Arbeit die bisher dunkle Aetiologie aufgeklärt. Mit bacteriologischen Methoden gelang es ihm nämlich zum ersten Male, den Nachweis zu leisten, dass die Infectionserreger bei der Hadernkrankheit Milzbrandbacillen sind, und dass somit das Krankheitsbild in ätiologischer Hinsicht nicht isolirt gestellt werden darf. Die Eingangspforte bei dieser Affection bildet die Lunge. Das sporenhaltige Material, das beim Sortiren der Hadern aufgewirbelt wird, kommt mit der Inspirationsluft auf die Trachea und die Bronchien. Hier keimen die Sporen zu Bacillen aus und gelangen wie andere corpusculäre Elemente (z. B. Kohlenpartikelchen etc.) zunächst in das interstitielle Gewebe und entwickeln sich hier reichlich im Gebiete der Lymphbahnen, um erst später in die Blutbahn einzubrechen.

Ueber die Zeit, wann Arzneien genommen werden sollen, ertheilt Christison folgende Rathschläge: Alcalien sollen vor dem Mahl genommen werden. Jod und seine Verbindungen sollen nüchtern genommen werden, weil sie dann schneller absorbirt werden. Während der Verdauung würden sie durch Säuren und stärkehaltige Substanzen verändert und in ihrer Wirkung geschwächt werden. — Säuren sollen während der Verdauung genommen werden, weil dann der Magen am geeignetsten ist, sie ins Blut überzuführen; nur wenn der Magen selbst zu viel Säure absondert, soll man vor der Mahlzeit nehmen. Stark wirkende Arzneien (Arsen, Kupfer, Zink etc.) sollen nach, Silbernitrat vor dem Mahle genommen werden. Sublimat, Tannin, Alcohol sollen in den Magen kommen, wenn er in Ruhe ist. Phosphate, Leberthran, Malzextract sollen während der Mahlzeit genommen werden, um mit den Speisen zusammen verdaut zu werden.

(Schweizer Correspondenzblatt.)

Verleger: G. Rathgeber in Wetzlar.
Redacteur: Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Gedruckt bei Ferd. Schnitzler in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 5. XXX. Jahrgang. Mai, 1889.

Diese Zeitschrift erscheint monatlich zu 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Verlagshandlung** zu richten.

Inhalt:

Ueber ansteckende Formen von Lungenentzündung von Prof. Mosler in Greifswald; (Originalartikel). — Gaslicht und Chloroform. Die hydropatische Leibbinde als Hypnoticum. — Ueber Herzsyphilis. Das Wesen der Bleichsucht. Ueber die Diagnose des bösartigen Kropfes. — Der Klumpfuss und seine Folgen für das übrige Knochengerüst. Zur Diagnose und Behandlung der Erkrankungen des Antrum Highmori. — Zur Frage der Wirkung des Oleum terebinth. rectf. beim idiopathischen Croup. Zur Indicationsstellung der Tracheotomie bei Diphtherie und Croup. — Ein Taschenfläschchen für Hustende. Mittel die verstopften Canülen der Spritzen zu reinigen.

Ueber ansteckende Formen von Lungenentzündung.

Von Professor Fr. Mosler in Greifswald.

Wenngleich mit Bezug auf die Aetiologie der Pneumonie gegenwärtig wohl allgemein die Einwanderung belebter Noxen in den Organismus als Ursache angesehen wird, so sind doch über die Art des oder der speziellen Krankheitserreger die Ansichten noch sehr getheilt. Je mehr die Beobachtungen sich häufen und je eingehender und exacter die Methoden der Beobachtung selbst sich gestaltet haben, um so mannigfaltiger sind die gewonnenen Resultate. Zwar kann dies bei der Vielgestaltigkeit der namentlich bei den sog. secundären Pneumonieen auftretenden klinischen und pathologisch-anatomischen Befunde nicht gerade auffallend erscheinen, indessen fehlt es anderseits nicht an Beobachtungen, wo genuine Pneumonieen so bemerkenswerthe Besonderheiten darbieten, dass die Frage nach der Natur des Infectionserregers grössere Schwierigkeiten bietet als sonst. Von diesem Gesichtspunkte aus dürften die im Folgenden mitgetheilten Fälle einiges Interesse beanspruchen, zumal dieselben einen werthvollen Beitrag zur Casuistik der contagiösen Form der Pneumonie bilden.

Am 22. Januar d. J. verstarb hierselbst der 60jährige Arbeiter Drichel an den Folgen einer acuten Lungenentzündung am 5. Tage der Krankheit. Soweit ich nachträglich erfahren konnte, war der Verlauf der Krankheit ein sehr stürmischer; im Uebrigen wichen die beobachteten Symptome nicht von der gewöhnlichen klinischen Erfahrung ab.

Am Todestage des Genannten erkrankte dessen Ehefrau, eine sonst gesunde Person von 57 Jahren, welche ihren Gat-

ten während seiner Krankheit gepflegt hatte, ebenfalls an Lungenentzündung. Innerhalb 4 Tagen entwickelte sich bei ihr eine typische Pneumonie des rechten unteren Lungenlappens, welcher die Patientin schon 24 Stunden später erlag. Die Behandlung, welche von Seiten meiner Poliklinik geleitet wurde, bestand der Hauptsache nach in der Darreichung von Narcoticis und Excitantien.

Am Tage der Beerdigung des Arbeiters Drichel wurde der 30jährige Sohn desselben gleichfalls von einer Pneumonie befallen. Derselbe, Kutscher in einem hiesigen Lohnfuhrgeschäft, war bisher stets gesund gewesen und hatte seine kranken Eltern wiederholt und längere Zeit besucht. Der Krankheitsprozess begann bei ihm im linken unteren Lungenlappen, ergriff 3 Tage später auch den oberen Lappen und dehnte sich um dieselbe Zeit auch auf den rechten unteren Lappen aus. Vom 6. Tage ab nahm die Infiltration der Lunge immer mehr zu, die Symptome wurden immer bedrohlicher; die Kräfte begannen zu sinken. Die Expectoration war von Anfang an nur spärlich, hingegen trat zeitweilig Erbrechen auf. Trotz möglichst starker Excitation ging der Patient am 12. Tage seiner Krankheit unter den Erscheinungen der grössten Athemnoth und fliegenden Pulses zu Grunde.

Mit Hülfe des Herrn Collegen Poggendorf, welcher diesen Patienten behandelt hatte, gelang es mir, die Section der Leiche zu erlangen. Bei derselben wurde eine doppelseitige fibrinöse Pneumonie mit frischer fibrinös-haemorrhagischer Pleuritis constatirt; im Einzelnen ergaben sich folgende Besonderheiten: 1) eine vielfach scharfe lobuläre Begrenzung der hepatisirten Stellen; 2) schlaffe Hepatisation; 3) das Fehlen fibrinösen Exsudats in den kleinen Bronchien; 4) das Fehlen eines Uebergangs vom 1. zum 2. und vom 2. zum 3. Stadium der Hepatisation; 5) ein auffallend haemorrhagischer Charakter der Pleuritis; 6) eine sehr starke frische Hyperplasie der Milzpulpe.

Mit den geschilderten 3 Krankheitsfällen ist aber die Beschreibung dieser Endemie noch nicht erschöpft; ich habe noch von einer vierten damit in Verbindung stehenden Erkrankung zu berichten.

Die 23 Jahre alte Tochter der Eheleute Drichel, ein gesundes, kräftiges Mädchen, welche in Arendsee bei Stralsund in Dienst stand, war bei der Nachricht von der Erkrankung ihres Vaters an dessen Krankenbett geeilt und hatte in Gemeinschaft mit ihrer Mutter sich vielfach um den Sterbenden beschäftigt, ihn auch häufig geliebkost und geküsst. Sie hielt sich 3 Tage im Elternhause auf, musste aber dann, da ihr Urlaub abgelaufen war, von ihrer kranken Mutter hinweg wieder in ihren Dienst zurückkehren. Schon bei ihrer Abreise will sie sich nicht ganz wohl gefühlt haben.

Am dritten Tage nach ihrer Rückkehr erkrankte sie acut mit Schüttelfrost und Erbrechen. Der consultirte Arzt ordnete ihre Ueberführung in meine Klinik an.

Unter schweren Allgemeinerscheinungen wurde die Patientin eingeliefert, so dass in den ersten 3 — 4 Tagen die Diagnose zwischen Typhus und Pneumonie schwankte. Während dieser Zeit bestanden ausserordentliche Unruhe, psychische Aufregung, sehr erschwerte Athmung, Herzensangst; von Seiten des Tractus intestinalis traten sehr intensive Erscheinungen auf: heftige Gastritis mit anhaltendem Erbrechen, hochgradiger Meteorismus, Empfindlichkeit des Bauches, die an einzelnen Stellen zur Schmerzhaftigkeit sich steigerte, deutlicher Milztumor, dessen beträchtliches Wachsthum wir auch im fernerem Verlaufe der Krankheit noch constatiren konnten; dagegen fehlten Roseolae und spontane Durchfälle. Erst am 3. Tage gab sich die Erkrankung als Pneumonie physikalisch deutlich zu erkennen, indem über dem linken unteren Lungenlappen, wo vorher abgeschwächtes Athmen vernommen worden war, zum ersten Mal bronchiales Athmen auftrat; am folgenden Tage war der Percussionsschall an derselben Stelle deutlich gedämpft. Die Dämpfung nahm rasch an Ausdehnung zu und erstreckte sich plötzlich auch auf die andere Seite, wie bei Pneumonia migrans. Sehr quälender Husten förderte wenig Auswurf von nicht charakteristischer Farbe und Beschaffenheit zu Tage. Ausser dem sehr deutlichen Milztumor bestanden während der ganzen Dauer noch eine Reihe sogenannter typhöser Erscheinungen fort. Die Temperatur stand nicht im Verhältniss zu den übrigen hochgradigen, fast bedrohlichen Symptomen; wir beobachteten vielmehr continuirliches Fieber, welches 40° nicht überschritt, mit starken Remissionen. Eine vollkommene Fieberlosigkeit unter dem Bilde einer Pseudokrise trat am 7. Tage ein und war erst am folgenden Tage von wirklicher Defervescenz gefolgt. Trotzdem liess die vollständige Lösung auf sich warten; sie erfolgte ganz allmählich auf der rechten Seite und war in der linken unteren Lungenpartie nach 4 Wochen noch nicht gänzlich erfolgt, indem bronchiales Athmen und mässige Dämpfung immer noch nachweisbar blieben.

Die Behandlung geschah nach den bei den Infectionskrankheiten üblichen Grundsätzen und war vorzugsweise excitirend.

Am 2. März wurde die Patientin aus der Klinik entlassen ohne auffallende Brustbeschwerden; mässige Dämpfung und unbestimmtes Athmen bestand noch links hinten unten.

Bei einem Rückblick auf die geschilderten Fälle von Pneumonie, deren contagiöse Natur nach dem Gesagten wohl ausser Zweifel steht, constatiren wir, dass 4 Mitglieder derselben Familie innerhalb 11 Tagen erkrankten. Zwei der Patienten, schon in vorgeschrittenem Alter, erlagen dem ersten Ansturm

der Krankheit; von den beiden anderen, noch jugendlichen und kräftigen Individuen widerstand das eine, bis die Ausdehnung des Krankheitsprozesses zu einer unmittelbar todtbringenden anstieg, während das andere, dem von Beginn der Erkrankung eine ungleich sorgfältigere Pflege wie den übrigen Erkrankten zu Theil wurde, trotz des eminent bösartigen Charakters der Infection mit dem Leben davon kam.

Auf Grund meiner Nachforschungen nach dem Entstehungsort dieser Endemie erscheint es mir wahrscheinlich, dass dieselbe nicht autochthon entstanden ist, sondern dass der alte Drichel irgendwo ausserhalb seiner Wohnung die Krankheit aquirirt und dieselbe alsdann auf seine Angehörigen übertragen hat.

Die nächste Frage betrifft die Natur des in diesem Falle wirksam gewesenen Krankheitserregers, welchen wir nach dem Mitgetheilten als einen eigenartigen anzusprechen berechtigt sein dürften. Die nach dieser Richtung hin angestellten Untersuchungen waren folgende:

1) Es wurde aus der Lunge der in meiner Klinik behandelten Patienten am 7. Tage der Krankheit mittelst Pravaz'scher Spritze eine kleine Menge Flüssigkeit aspirirt. Dieselbe enthielt in Reincultur einen Bacillus, welcher dem der Kaninchensepticaemie in mehreren Beziehungen ausserordentlich ähnlich war und mit den bisher bekannt gewordenen Formen hypothetischer Pneumonieerreger nichts gemein hatte. Uebertragungsversuche auf Thiere ergaben sämmtlich ein negatives Resultat.

2) Das Sputum der genannten Patientin wurde täglich nach Bakterien untersucht. Dabei wurde weder der Fränkel'sche Diplococcus, noch der Friedländer'sche Bacillus jemals aufgefunden. Andererseits konnte auch nicht constatirt werden, dass irgend eine andere Bakterienart in vorwiegender Menge und andauernd darin enthalten gewesen wäre. Bei einem anderen Falle von Pneumonie, welcher zu derselben Zeit in der Klinik behandelt wurde, gelang der Nachweis des Fränkel'schen Diplococcus mit demselben Untersuchungsverfahren ohne Mühe.

3) Das Herzblut und der Lungensaft des verstorbenen Kutschers Drichel wurde ebenfalls bacteriologisch untersucht; auf den angelegten Culturen entwickelten sich 2 Arten von Staphylococcen, von denen indessen nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, dass sie nicht erst postmortal zur Entstehung gekommen seien, da die Leiche erst 36 Stunden nach dem Tode secirt wurde.

Die Resultate dieser Untersuchungen gestatten, da ein harmonirendes Ergebniss nicht erzielt wurde, einen einigermassen sicheren Rückschluss auf die Aetiologie dieser kleinen Epidemie von infectiöser Pneumonie nicht. Immerhin aber

ist der Befund einer einzigen wohl charakterisirten, in die Gruppe bekannter Infectionserreger hineingehörenden Bakterienart in dem Lungensaft eines an einer eigenartigen infectiösen Pneumonie erkrankten Individuums bei Abwesenheit des gewöhnlichen Pneumonieerregers von grossem Interesse. Bei später vorkommenden ähnlichen Fällen müssen jedenfalls die Untersucher die etwaige Anwesenheit der hier gefundenen Bakterienart besonders berücksichtigen.

Ueber die Art und Weise, wie bei den in Rede stehenden Fällen die Ansteckung von einer Person zur anderen zu Stande gekommen ist, habe ich ebenfalls Nachforschungen angestellt und bin zu dem Resultat gekommen, dass abgesehen von der in diesem Falle sicherlich in Betracht kommenden besonderen Malignität und Infectiosität des Krankheitserregers der Umstand besondere Beachtung verdient, dass die Kranken nach der leider in allen Kreisen noch sehr verbreiteten Unsitte ihre Sputa constant in die Taschentücher ausgegeben haben. Es ist schon häufig darauf hingewiesen worden, dass derartige Kranke dadurch ihrer Umgebung in hohem Grade gefährlich werden können; durch die neuerdings von Dr. Cornet angestellten verdienstvollen Untersuchungen auf diesem Gebiete ist diese Annahme mit wissenschaftlichen Gründen belegt und durchaus bestätigt worden. Es ergiebt sich daraus für den Arzt die Forderung, in allen Fällen von Infectionskrankheiten die Unschädlichmachung der mit den Infectionskeimen beladenen Ex- und Secrete des Kranken unbedingt durchzuführen. Für die Aufnahme der Sputa insbesondere wird sich die Einführung von mit federnden Deckeln versehenen Handspucknäpfen, wie ich sie in meiner Klinik in Gebrauch gezogen habe, am meisten empfehlen.

Durch die oben beschriebenen Krankheitsfälle und die dabei gemachten Beobachtungen scheint mir die Annahme, dass für die Pneumonie eine Mehrheit von Infectionsstoffen existiren dürfte, eine weitere Stütze erhalten zu haben. Wenigstens wird man nicht weit fehlgehen, wenn man die in jeder Beziehung so sehr variablen Fälle von sogenannter atypischer Pneumonie als Localisationen anderer Erkrankungen in den Lungen auffasst, eine Deutung, die besonders für die im Verlauf gewisser Infectionskrankheit auftretenden Pneumonieen zutreffend sein dürfte. Haben wir uns ja doch schon daran gewöhnt, für die Pneumonie selbst als Grund der in ihrem Verlauf so häufig auftretenden secundären Erkrankungen der serösen Höhlen und der Nieren eine Generalisation des Infectionserregers anzunehmen.

Neuere Veröffentlichungen über contagiöse Pneumonie, von denen ich besonders die Beobachtungen von Finkler in Bonn, von Cantani in Neapel und von Naldoni in einigen kleineren italienischen Ortschaften anführen will, bestät

gen die grosse Verschiedenheit einerseits in dem Verlauf der atypischen contagiösen Pneumonieen, andererseits der dabei aufgefundenen infectionsverdächtigen Microorganismen. Möglichst zahlreiche Mittheilungen über anderweitig gemachte Beobachtungen erscheinen darnach im Interesse der Frage dringend erwünscht.

I. Pharmacologie und Balneologie.

Gaslicht und Chloroform. Von grossem Interesse sind die Mittheilungen, welche von mehreren Seiten über den nachtheiligen Einfluss des Leuchtgases bei gleichzeitiger Anwendung des Chloroforms gemacht werden. V. O. de Meyer und Stobwasser (Berl. klin. Wochenschr. 1889, Nr. 8 und 10), ebenso Eversbusch (Münchener med. W. Nr. 13, 1889) behaupten, dass die Verbrennungsgase der einfachen Gaslampe in Operationssälen, wo chloroformirt wird, höchst nachtheilig wirken. Dr. J. Kötschau schreibt über den gleichen Gegenstand an die Münchener med. Wochenschrift (Nr. 16, 1889) das Folgende: Im October 1886 wurden gelegentlich einer ungefähr $1^1/_2$stündigen Operation (in dem den heutigen Anforderungen der Antiseptik entsprechend eingerichteten Operationssaal meiner Privatklinik), welche wegen der Dringlichkeit des Falles gegen Abend bei Licht ausgeführt werden musste, meine assistirenden Collegen, die helfenden Pflegerinnen und ich während der Operation noch von einem Anfangs leichten, später sehr quälenden Reiz- und Stickhusten befallen, so dass wir trotz der Sorge für frische Luft abwechselnd kurze Zeit den Saal verlassen mussten. Die darnach angeordneten Untersuchungen der Gasleitung, der Reflectorlampen, des Chloroforms auf seine Reinheit ergaben nichts Abnormes. Ungefähr 4 Wochen darauf erlebten wir Mitte November 1886, als ich Abends zwischen 11 und 12 Uhr sehr dringend wegen einer Blutvergiftung eine Frau operiren musste, eine der ersten analoge, nur viel intensivere Attaque. Beide Male war Dr. Welter von hier dabei betheiligt. Beim letzten Male bekamen eine Pflegerin und ich heftigen Brechreiz neben dem beständigen quälenden Husten, Ohnmachten, welche bei mir in der Nacht bei heftigem Kopfweh sich wiederholten. Wir prüften einige Tage darauf die Vorgänge damit, dass wir — wie Prof. Eversbusch — Chloroform auf der Maske beim Gaslicht im Operationssaal verdunsten liessen, und hatten positives Resultat. Die Ventilationsvorrichtungen des Operationssaales wurden verbessert, und haben sich derartige Vorkommnisse — es sind bei Licht seitdem allerdings nur wenige Operationen unter Chloroformnarkose nöthig geworden — nicht mehr eingestellt.

Noch bemerkenswerther aber ist eine Mittheilung des Prof. Zweifel aus Leipzig. Derselbe berichtet in Nr. 15 der Berliner klinischen Wochenschrift über Fälle von schwerer Pneumonie, die er in Folge der Einathmung dieser Verbrennungsgase bei Laparotomirten eintreten sah. Einmal war es nach einem Kaiserschnitt, dass die Entbundene, zu Bett gebracht, sofort starkes Rasseln und Röcheln auf den Lungen zeigte. Die e Symptome steigerten sich, und die Person machte eine äussert gefährliche und langwierige katarrhalische Pneumonie durch, welche zwar schliesslich ausheilte, einige Tage jedoch so schlimm war, dass die Kranke zwischen Tod und Leben schwebte. Der Kaiserschnitt selbst hatte keineswegs lang gedauert, nur 25 Minuten. Es war in dem Zimmer Chloroformnebel entstanden, der sich da bildet, wo im engen, nicht ventilirten Raum längere Zeit chloroformirt wird. Zum ersten Male hatte Zweifel diese Erscheinung in der alten Klinik zu Strassburg erlebt. Es war bei einer besonders schwierigen Zangenoperation, wo aus anderen Gründen lange Zeit chloroformirt wurde, und wo schliesslich ein solcher Dampf und Nebel im Zimmer entstand, dass er an den Ausbruch eines Brandes und Eindringen von Rauch dachte. Als in der Eile Jemand weggeschickt wurde, um nachzusehen, wo es brenne, kam die Person mit der Meldung zurück, dass nirgends im Hause eine Spur von Rauch oder Feuer zu bemerken sei. Also mussten Dampf und Nebel, die unangenehm im Halse kratzten und zum Räuspern und Husten reizten, im Zimmer selbst und zwar durch Zersetzung des Chloroforms in den Gasflammen entstanden sein. Am 8. Februar d. J. wurden zwei Salpingo-Oophorectomien nacheinander ausgeführt. Die zuerst Operirte kam mit Rasseln auf den Lungen davon. Ihre Brustorgane waren vor der Operation völlig gesund gewesen. Die zweite Operation desselben Tages war ausserordentlich glatt und einfach auszuführen. Die Gasflamme wurde jedoch des schlechten Tageslichtes wegen weiter gebrannt. Diese zweite Patientin bekam die schwerste Form von katarrhalischer Pneumonie. Es kommen neun Operationen in Betracht, welche seit der Einrichtung der Gasflamme mit Chloroformnarkose und unter künstlicher Beleuchtung ausgeführt wurden. Davon blieben zwei Kaiserschnitte, welche nur kürzere Zeit im Operationsraum waren, verschont; die übrigen und zwar jedesmal diejenigen am Schlimmsten, welche zuletzt operirt wurden, bekamen theils Husten, theils Rasseln, theils schwere katharrhalische Pneumonien. Bei einer derselben ist eine besondere Disposition zuzugeben, da sie bei der Section die Lungen voller Tuberkeln hatte.

Keine klinische Thatsache, bemerkt Z., kann mit der Schärfe und Unwiderleglichkeit bewiesen werden, wie ein Experiment. Zu einer grösseren Zahl, zu einem statistis

Beweis, kann es kein Arzt kommen lassen; denn sobald er eine bestimmte Vermuthung über die Ursache einer Schädlichkeit gefasst hat, ist er naturgemäss auch bemüht, dieselbe abzustellen. Doch haben wir in unserer Reihe ein unfreiwilliges Experiment verzeichnet, wo meine Ansicht über die Ursache der Pneumonien schon gebildet war und deswegen Chloroform verboten wurde, aus Versehen jedoch nochmals zur Verwendung kam. Endlich stimmt das Experiment crucis überein. Es wurden am 12. Februar d. J. eine Sectio caesarea unter Aethernarkose und künstlicher Beleuchtung ausgeführt, am 19. Februar zwei Salpingo-Oophorectomien nacheinander, am 20. Februar eine Myomectomie und eine Salpingo-Oophorectomie, am 26. Februar eine Ovariotomie und eine Salpingotomie und endlich eine Salpingo-Oophorectomia duplex, also zusammen 8 Operationen, welche alle ohne eine Spur von Hustenreiz durchkamen und glatt genasen. Nur der eine Factor, die Chloroformathmung wurde abgeändert und sofort war das Ergebniss grundverschieden.

Nur das Zusammentreffen von Chloroformnarkose, künstlichem Licht und behinderter Expectoration ist im Stande, diesen hohen Grad von schädlichem Einfluss auszuüben, wie er hier geschildert ist. Kreissende, die häufig während der Nacht chloroformirt werden, ohne je etwas zu spüren, bieten andere Verhältnisse. Es dauern dort die Operationen, resp. die Chloroformnarkosen viel kürzer und vor Allem — die Expection ist nicht erschwert. Das Heilmittel wäre in der Aethernarkose gefunden. Der Nachtheil der Aethernarkose besteht jedoch darin, dass »Abgehärtete« nicht zu betäuben sind. Um die Narkose zu erreichen und doch der Vortheile des Aethers theilhaftig zu werden, beziehungsweise die Nachtheile des Chloroforms zu vermeiden, ist das Verfahren angeordnet, dass die Narkose mit Chloroform - Aether - Alkohol-Mischung (100 : 30 : 30) in einem anderen Zimmer beginnt und die reactionslos gewordene Kranke im Operationsraum nur noch mit Aether weiter narkotisirt wird. Dies sind Auskunftsmittel, die in den meisten Fällen genügen können, d. h. so lange man keine Alkoholiker zur Operation bekommt. Doch gehört in Operationssäle, wo man gegen alle Vorkommnisse gerüstet sein muss, elektrisches Licht oder ein Gasbrenner mit vollständiger Ableitung der Verbrennungsgase, z. B. ein Siemens-Brenner, damit man erforderlichenfalls auch Laparatomien bei künstlicher Beleuchtung und Chloroformgebrauch ausführen kann. (Wiener med. Blätter.)

Die hydropathische Leibbinde als Hypnoticum. Von Dr. med. M. Altdorfer, dirig. Arzt der Wasserheilanstalt St. Anne's Hill bei Cork.

Ein physikalisches Heilmittel, das höchst einfach ist und

das nichtsdestoweniger glänzende Dienste in Fällen von Schlaflosigkeit leistet besitzen wir in der hydropathischen Leibbinde.

In welcher Weise ist nun die hypnotische Wirkung dieser Anwendungsweise des Wassers zu erklären? Wenn wir auch über das Wesen des Schlafes noch nicht vollständig im Klaren sind, so darf man doch annehmen, dass das ruhende Gehirn, wie alle ruhende Organe, weniger Blut zugeführt erhalte, als das thätige — eine Annahme, die bestätigt worden ist durch Untersuchungen Hughlings Jackson. Letzterer fand, dass die Retina während des Schlafes anämischer ist, als während des Wachens. Wir werden besonders in den Fällen von Uebereizung des Gehirns mit vermehrter Thätigkeit des Organs durch Beschränkung der Blutzufuhr eine zur Erzeugung von Schlaf günstige Bedingung schaffen, zumal, wenn wir noch daneben eine beruhigende Wirkung auf die Gehirnzellen ausüben können. Diese Aufgabe erfüllen nun die physikalischen Hypnotica. Einerseits wird durch Massage, warme Bäder, feuchte Einpackungen etc. eine Erweiterung der Hautgefässe und damit eine collaterale Verengerung der Blutgefässe in den inneren Organen, besonders auch im Gehirn hervorgerufen (Winternitz), andererseits bewirken die verschiedenen mechanischen und thermischen Reize eine Beruhigung der peripherischen Nervenendigungen, die sich dann von der Peripherie zum Centrum verbreitet. Dieselbe Wirkung auf Blutgefässe und Ganglienzellen des Gehirns erzielen wir aber auch durch Anwendung der Leibbinde. Wenn wir nämlich eine mässig feuchte leinene Binde um den Unterleib wickeln und darüber einen wasserdichten Stoff vermittelst einer breiten Flanellbinde befestigen, so wird sich die Temperatur des in der Leinwand vertheilten Wassers rasch ausgleichen; die Binde wird zuerst hautwarm, dann blutwarm, und bleibt zugleich wegen der impermeablen Hüllen beständig feucht. Nun hat Schüller zuerst durch directe Beobachtung am trepanirten Kaninchen gefunden, dass eine nasse kalte Compresse, auf den Bauch oder Rücken des Thieres gelegt, Erweiterung der Piagefässe, eine nasse warme Compresse in derselben Weise applicirt, eine mehr oder minder lange dauernde Verengerung der Piagefässe bewirkt. Letzteres muss also auch bei Application der oben beschriebenen Binde stattfinden. Da aber durch das Experiment bewiesen ist, dass derartige topische Reize nicht in einfach mechanischer Weise, sondern auf dem Wege des Nervensystems die Circulation in anderen Körpertheilen beeinflussen (Naumann), und da Stricker entdeckt hat, dass an vielen Punkten Vasodilatatoren mit sensiblen Nerven verlaufen, so ist auch anzunehmen, dass die durch andauernde Berührung mit dem blutwarmen Wasserdampf — einem der Innentemperatur nahestehenden, gleichmässigen, nicht wechselnden Medium — bewirkte Beruhigung der peripherischen Hautnerven sich dir

auf die Centraltheile des Nervensystems fortpflanzt. Wir sind also vermittelst der feuchtwarmen Leibbinde im Stande, die beiden hauptsächlichsten Vorbedingungen zur Erzeugung von Schlaf zu schaffen, nämlich eine cerebrale Anämie durch Einwirkung auf das Gefässsystem, und eine verminderte Thätigkeit der Gehirnzellen durch directe Beeinflussung derselben.

Wie man aber über die theoretische Erklärung denken mag, jedenfalls werden Versuche am Krankenbett sehr bald auf empirischem Wege die Thatsache feststellen können, dass dieses einfache hydropathische Mittel in Bezug auf Sicherheit der Wirkung keinem der bekannten Hypnotica nachsteht. Ganz genaue Indicationen lassen sich für Anwendung dieses Mittels ebensowenig wie für die der übrigen Hypnotica aufstellen; es komme dabei mehr auf die Individualität des Patienten als auf den Namen der Krankheit an. Besonders wirksam hat sich ihm die Anwendung erwiesen in leicht fieberhaften Zuständen, bei allen Dyspepsien, zumal bei der Dyspepsia nervosa, bei den meisten neurasthenischen und hysterischen Processen, und ganz besonders in der Kinderpraxis, wo sich das Mittel auch schon wegen seiner »Geruch- und Geschmacklosigkeit« empfiehlt. Ungemein zu Gunsten der Binde fällt der Umstand in die Wage, dass dieselbe nicht allein keine der unerwünschten Nebenwirkung der internen Hypnotica, keinen ungünstigen Einfluss auf die Verdauungsorgane hat, sondern im Gegentheil die angenehme Nebenwirkung zeigt, dass die Functionen der Unterleibsorgane, besonders die Darmthätigkeit, in denkbar günstigster Weise beeinflusst werden.

Dass aber auch Fälle vorkommen, in denen wir mit dem hier empfohlenen Verfahren nicht auskommen, und in denen wir unsere Zuflucht zu einem der chemischen Hypnotica nehmen müssen, ist selbstverständlich. »Alle Schlafmittel sind eben unsicher,« sagt Hoffmann in seinen Vorlesungen über Allgemeine Therapie, »und wir müssen uns durch Versuche überzeugen, welches besonders in jedem Falle anzuwenden sein dürfte.« Nur dürfte es sich bei diesen Versuchen empfehlen, mit der Anwendung eines durchaus unschädlichen Mittels den Anfang zu machen, und für diesen Zweck dürfte sich nichts besser eignen als die hydropathische Leibbinde, mit der man in zahlreichen Fällen zum Ziele gelangen wird.

(Therap. Monats-H. 3.)

II. Medicin.

Ueber Herz-Syphilis. Von Charles Mauriac (Semaine méd. — Allg. med. Centr.-Ztg.). In unserer Kenntniss der Syphilis visceralis gibt es noch immer eine grosse Anzahl

von Lücken, zumal da die klinische Beobachtung und die anatomischen Veränderungen, die man post mortem zu constatiren Gelegenheit hat, sich keineswegs in jedem Falle ergänzen. Besonders mangelhaft ist unsere Kenntniss von den syphilitischen Herzaffectionen, die bekanntlich zu den seltensten Affectionen gehören, die man in der Regel zu beobachten in der Lage ist. Im Ganzen sind nicht mehr als 30 Fälle seit Corvisart publicirt worden. Im Allgemeinen participirt das männliche Geschlecht 6mal mehr an der Affection, als die Frauen. Was das Lebensalter anlangt, in welchem zuerst die Affection beobachtet zu werden pflegt, so kommt dieselbe nach M. in allen Lebensaltern gleichmässig vor, während Jullien behauptet, dass die Herzsyphilis sich gewöhnlich etwa 10 Jahre nach der Primärsclerose zeige. Im Allgemeinen handelt es sich somit um Erscheinungen der tardiven (tertiären) Syphilis, womit gewöhnlich andere Symptome Hand in Hand gehen. Bezüglich des Herzens selbst ist zu bemerken, dass gewöhnlich alle Theile des Organs von der Krankheit befallen zu werden pflegen. Nur das Pericard wird meistentheils von der Affection verschont, während in der Mehrzahl der Fälle sich am Myocard umfassende Veränderungen bemerkbar machen. Bemerkenswerth ist bezüglich der Localisation der Processe weiterhin noch der Umstand, dass vornehmlich die innere Herzwand selbst von den pathologischen Veränderungen befallen wird, während die Ostien und der endocardiale Ueberzug der Klappen selbst so gut wie gar nicht in den Process hineingezogen werden. Die ersten Symptome der Krankheit äussern sich anatomisch in Verbreiterung der Muskelfasern, wodurch es zur Hypertrophia cordis mit Dilatation der Ventrikel kommt. Letztere kann zuweilen eine solche Ausdehnung erreichen, dass man es mit einem förmlichen Aneurysma cordis zu thun hat, indem die Muskelsubstanz, i. e. das Herzparenchym fast gänzlich verschwindet, so dass nichts Anderes übrig bleibt, als Endocard, peripher von diesem eine dünne, verkümmerte Lage von Herzmuskelsubstanz und schliesslich wiederum eine Schicht pericardialen Gewebes.

Fehlen gummöse Neubildungen, so lassen sich diese Veränderungen nur schwer von denjenigen differenciren, welche sich z. B. bei der Arthritis oder in Folge von Alcoholismus im Herzen finden. Denn wenn auch bei ersterer Affection die pathologischen Veränderungen sich vorzugsweise auf die Ostien und Herzklappen beschränken, so kommen doch andererseits hier soviel Abweichungen vor, dass man aus der Localisation niemals mit Sicherheit auf die Natur des Processes schliessen kann. Handelt es sich irgendwo um eine gummöse Neubildung, so ist die Natur des Processes unzweifelhaft festgestellt. Uebrigens findet man alle Formen und Grössen dieser Gummata in dem Herzfleisch vor und zwar gewöhnlich bereit

einem Stadium des mehr weniger vorgeschrittenen Zerfalles. Meist handelt es sich um multiple gummöse Bildungen, die fast immer in Gruppen bei einander, seltener ohne bestimmte Anordnung in dem Myocard zerstreut liegen. Auf wirklich solitäre Bildungen trifft man nur in Ausnahmsfällen. Ist das Stadium, in welchem sich die Neubildungen befinden, nicht dasjenige einer zu weit vorgeschrittenen Degeneration, so bietet der Querschnitt dieser gummösen Bildungen eine ziemlich gleichmässige, graue oder bräunlich graue Oberfläche. In dieser Beziehung bestehen zwischen den Gummibildungen des Herzens und denjenigen anderer Körpertheile keinerlei Differenzen. Wie die oben erwähnte Sclerose, hat auch die gummöse Neubildung ihren Prädilectionspunkt in dem Myocard, seltener ist das Endocard betroffen. Unbeeinflusst, wenigstens in der grossen Mehrzahl der Fälle, bleiben die Ostien und die Klappen der Herzhöhlen. In Folge der gummösen Neubildung kommt es auch zu entzündlich-degenerativen Veränderungen der um die Geschwulst herumliegenden Muskelfasern. Letztere zeigen eine körnige Structur, wobei in einigen Fällen die Querstreifung erhalten, in anderen bereits nicht mehr zu constatiren ist. In späteren Krankheitsstadien ist indessen die Querstreifung ausnahmslos verschwunden. Was das weitere Schicksal der Gummata anlangt, so stimmt es mit dem der Hautgummositäten fast genau überein. Kommt es nicht zu Resorption der pathologischen Elemente, so tritt Zerfall ein, die Gummosität ulcerirt und ihre Zerfallsproducte perforiren in die Herzhöhlen. In anderen Fällen findet, wie Oppolzer sich mehrmals zu überzeugen vermochte, Vereiterung der Gummositäten statt.

Warum in dem einen Falle der Process diesen, in einem anderen jenen Verlauf nimmt, entzieht sich bislang noch unserer Kenntniss.

An den Herzgefässen der an Herzsyphilis leidenden Patienten ist meist nichts besonders Characteristisches zu beobachten. Meist handelt es sich um eine Periarteriitis mit vorzugsweiser Betheiligung der Adventitia. Gewöhnlich ist aber auch die Tunica interna alterirt, ja zuweilen nehmen die hier auftretenden Verdickungen solche Dimensionen an, dass das Lumen der Arterien gänzlich verlegt wird.

Die functionellen Störungen dieser Herzerkrankung gehören zu den denkbar unbestimmtesten. Meist handelt es sich lange Zeit um ganz unbestimmte Symptome von Unbehagen etc., bis plötzlich eine in ihren Phasen immer intensiver werdende Asystolie binnen wenigen Stunden zuweilen schon den Tod herbeiführt. Die der Asystolie vorangehenden Erscheinungen ähneln fast sämmtlich dem Symptomencomplex der Angina pectoris. Die objectiven Symptome sind die einer mässigen Hypertrophie und Dilatation, meist ohne gleichzeitige

Herzgeräusche. Kommt es indessen zu Sclerose der Papillarmuskeln, so entstehen in Folge daraus resultirender Insufficienz der Klappen auch Herzgeräusche, die alsdann sehr deutlich nachweisbar sind. Auch Verf. hatte Gelegenheit, dieselben in einem Falle zu beobachten, der nach längerem Gebrauche von Jodkali glücklich ausheilte.

Was den Verlauf der Cardiosyphilosen anlangt, so ist derselbe ein überaus langsamer und schleichender, bis die zum Tode führende Asystolie ein schnelles Ende herbeiführt. Dieser Ausgang ist der gewöhnliche und diejenigen Fälle, welche den bis zum letzten Momente chronischen, mit anderen Organerkrankungen verbundenen Verlauf nehmen, gehören zu den Seltenheiten. Häufiger tritt der Tod durch eine Gehirnembolie mit ihren Folgen auf. Selbstverständlich lässt sich bei der Uncontrolirbarkeit des latenten Stadiums ein Maass für die Dauer des Leidens nicht angeben. Die terminale Cardiopathie setzt zuweilen mit einer wahrhaft verblüffenden Plötzlichkeit und Intensität ein; vielfach kommt es auch vor, dass die Autopsie eine Reihe von anderen Organerkrankungen enthüllt, die oft eine ziemliche Ausdehnung gewonnen haben und gleichwohl ohne jedes Symptom verlaufen sind.

Hieraus ergibt sich auch die Schwierigkeit, mit welcher die Diagnose derartiger Affectionen verbunden ist, die absolut nichts Pathognomonisches in ihrem Symptomencomplexe haben. Hat man Verdacht auf vorangegangene Syphilis und stimmt die Aussage der Patienten nicht mit der Vermuthung des Arztes überein, so schützt nur eine genaue Untersuchung des Patienten vor verhängnissvollen therapeutischen Missgriffen. Im Allgemeinen handelt es sich bezüglich der örtlichen Symptome um den Nachweis einer Myocarditis und in zweiter Linie darum, den Alcoholismus und harnsaure Diathese als Ursache derselben auszuschliessen. Freilich ist damit die Diagnose noch lange nicht sicher gestellt und erst der Nachweis der vorangegangenen Syphilis berechtigt zu der Vornahme einer antisyphilitischen Kur.

Die Prognose des Leidens ist begreiflich sehr ernst, da die Diagnose meist in einem Stadium erfolgt, in welchem nicht nur das örtliche Leiden so weit vorgeschritten ist, dass es irreparabel ist, sondern indem auch die anderen lebenswichtigen Organe meist so degenerirt sind, dass sich mit dem Erlahmen der Herzkraft verhängnissvolle Störungen auch in den übrigen Organen einstellen.

Die Behandlung besteht in Darreichung von Jodkali, Bekämpfung der functionellen Störungen und Stärkung der Herzkraft.

Das Wesen der Bleichsucht. Von A. Schücking in Pyrmont. (Centralbl. f. Gynäkolog. 1889. 19.) Verf. warnt

vor der Ansicht, dass der Gebrauch eines Ferrumpräparates genüge, um eine Chlorose zu heilen. Als wesentlichste allgemeine Grundsätze für eine erfolgreiche Therapie der Chlorose stellt er folgende auf: Vermeidung aller Beschäftigungen, welche ein regelmässiges, tiefes Athemholen vermindern; täglicher mehrstündiger Aufenthalt, eventuell Spaziergang im Freien, nahrhafte (aber keineswegs ausschliessliche Fleisch-) Kost; kleine Dosen Wein (vor grossen ist zu warnen); sorgfältige Hautpflege (flüchtige, kalte Abreibungen, mässige, warme Wasser-, noch besser Sool- und kohlensäurehaltige, resp. Stahlbäder); Wechsel des Aufenthaltes; wenn möglich Gebrauch einer Trink- und Badecur in einem Eisenbad. Seine Anschauungen über das Wesen der Chlorose fasst Vf. zum Schluss wie folgt zusammen: Da der Eisengehalt des Hämatins geradezu proportional zum Sättigungsgrad des Blutes mit Sauerstoff zu stehen scheint, so schliesst er, dass eine mangelnde Zufuhr von Sauerstoff auch eine mangelnde Eisenaufnahme von Seiten des Hämatins bedingt. Die Function der rothen Blutkörperchen besteht in der Aufnahme von Sauerstoff und der Abgabe desselben zu Oxydationsprocessen. Wird für die Hämocyten die Möglichkeit, diese Aufgabe zu erfüllen, dauernd eingeschränkt, so wird auch die Aufnahme des Eisens, dessen Anwesenheit zur Sauerstoffaufnahme nothwendig war, eingeschränkt werden, und ferner wird die Bildung von Hämatin, resp. Hämoglobin selbst als überflüssig zurückgehen; endlich in vorgeschrittenen, langdauernden Fällen durch die Neubildung der rothen Blutkörperchen zu stocken anfangen. Die angeführten Verhältnisse sind gegeben: 1. bei andauernd oberflächlicher Athmung oder bei anhaltendem Aufenthalt in stark verunreinigter Luft, 2. bei ungenügend entwickeltem Lungengewebe, 3. bei angeborener Kleinheit oder mangelnder Energie des Herzens und Hyperplasie des Gefässsystems, speciell der Pulmonalarterie. Aber nicht nur die ausreichende Aufnahme von Sauerstoff ist nothwendig, um die normale Beschaffenheit der rothen Blutkörperchen zu erhalten, es darf auch nicht an entsprechender Gelegenheit zu Oxydationsvorgängen im Körper fehlen. Die Krankheit wird da am mildesten auftreten, wo sie sich in Folge oberflächlicher Athmung oder andauernder Zufuhr schlechter Luft bei mangelnder Bewegung entwickelt hat. Mit Beseitigung dieser Verhältnisse, ferner durch Aufnahme überschüssiger Eisenmengen (behufs Anreiz zur Hämoglobinbildung) tritt schnelle Heilung ein. Liegt eine ungenügende Entwicklung der Lungen in Folge hereditärer Einflüsse vor, so werden chlorotische Erscheinungen schon im Kindesalter auftreten, sie werden um so hochgradiger sein, je grösser das Missverhältniss zwischen der Entwicklung der Lungen und des übrigen Körpers ist. Die schwersten Formen der Krankheit werden in den Fällen beobachtet, in denen eine

angeborene Hyoplasie des Herzens und der Gefässe (Virchow) oder eine mangelnde Energie der Herzaction vorliegt. Aehnliche Verhältnisse, wie sie zur Bleichsucht führen, kommen auch bei der Entwicklung der Phthyse in Betracht.

Ueber die Diagnose des bösartigen Kropfes. Vor einigen Jahren hat Prof. Kocher als Merkmal der Bösartigkeit einer Struma zumeist hervorgehoben das plötzliche rasche Wachsthum eines schon bestehenden, seit Jahren stationären oder nur mässig sich vergrössernden Kropfes. Diese plötzliche Gewebe-Zunahme erkennt auch Professor E. Albert (Wien) als beunruhigendes Symptom an. Ausser diesem stellt er jedoch noch eine ganze Reihe von Erscheinungen auf, welche sich bei den bösartigen Geschwülsten der Schild-Drüse vorzufinden pflegen. Hierbei kommt zunächst in Betracht, die Aenderung der Consistenz und des Aufbaues der Geschwulst. Dieselbe fängt an, härter und gewissermassen homogener zu werden; statt der Gliederung in kleinere und grössere Knoten nimmt man eine mehr gleichmässige Masse wahr, in welcher das Gefüge der Geschwulst untergeht. — Ferner stellen sich auch ausstrahlende Schmerzen ein und zwar sind es hauptsächlich zwei Gebiete, in welchen die Schmerzen empfunden werden, nämlich der Hinterkopf und die Schulter-Gegend. Allerdings vermag Albert die Bedeutung dieser Schmerzen nicht erschöpfend zu erklären. — An die Neuralgien reihen sich die Paraesthesieen und sah A. noch in den letzten Tagen einen bösartigen Kropf mit dem Gefühle des Taubseins in der Haut der convexen Fläche der Ohrmuschel. Auch motorische Erscheinungen werden beobachtet. Albert aber sah nur in einem Falle eine deutliche Schwäche des rechten Armes bei einer rechtseitig entwickelten bösartigen Struma. — In manchen Fällen lässt sich der maligne Charakter der Geschwulst aus der in letzter Zeit rasch aufgetretenen Erweiterung der oberflächlichen Venen der Sternal- und Sternoclavicular-Gegend erschliessen. Ein im Verhältnisse zu der relativ geringeren Entwickelung der Geschwulst reichlich entwickelter nervöser Collateral-Kreislauf erregt stets Verdacht. — Ein weiteres Symptom bietet die Fixirung der Nachbargebilde gegen die Geschwulst und ist hier namentlich der Kopf-Nicker zu berücksichtigen. Wenn er sich bei Neigung des Kopfes gegen die untersuchte Seite — also bei Annäherung seiner Insertions-Punkte an einander — von der Geschwulst nicht abheben lässt, so darf man ein Uebergreifen derselben auf die Muskulatur annehmen. Freilich muss man in Bezug auf dieses Moment eine gewisse Schätzung walten lassen, ob auch bei grosser Neigung des Kopfes wegen der Vorwölbung der Geschwulst der darüber hinziehende Kopf-Nicker nur gespannt und deshalb schwer abhebbar ist. — Ein ferneres Moment ist d

Verhalten der Stimme. Eine einseitige Stimmband-Lähmung ist, in Verbindung mit den anderen Zeichen, von sehr schlimmer Bedeutung; sie bedeutet Druck auf den Nervus recurrens oder schon dessen Zerstörung. Von grosser Bedeutung können bestimmte Formen von Dysphagie sein. Die unschuldige Geschwulst der Schilddrüse kann Schlingbeschwerden verursachen, allein es kommen Formen von Dysphagie vor, die ganz eigenthümlich aussehen. So sah Albert bei einem Mädchen einen bösartigen Kropf combinirt mit absoluter Unmöglichkeit zu schlucken. Dieselbe kam im höchsten Grade der Verhungerung auf die Klinik und man fand kein mechanisches Hinderniss, die Sonde glitt in die Speiseröhre ganz anstandslos und doch konnte die Kranke keinen Tropfen Flüssigkeit hinabschlucken. Hier war offenbar die Thätigkeit der Constrictoren unmöglich, wohl durch die Fixirung der Muskeln an die Geschwulst. — Eine ausserordentlich interessante Symptomen-Gruppe bilden die Erscheinungen, welche sich aus der Beeinflussung des sympathischen Nerven von Seite der Geschwulst erklären lassen, namentlich die Beziehungen des Halsstranges zum Auge. Bekanntlich erfolgt auf Reizung des Halsstranges Erweiterung der Pupille, auf Durchschneidung aber eine Verengerung. Albert hat bei bösartigen Kröpfen schon Beides gesehen, sowohl Verengerung der Pupille als Erweiterung derselben, glaubt aber, dass die Erweiterung relativ häufiger vorkomme, was einer Reizung des Sympathikus durch die Geschwulst entsprechen würde, während Fälle verengerter Pupille durch eine Lähmung der entsprechenden Fasern bedingt würden. Nebstdem erfolgt auf Reizung des Sympathikus ein Hervortreten des Augapfels, während die Durchschneidung ein Zurücksinken desselben bedingt. Eine auffälligere Veränderung im Stande des Augapfels hat A. nicht gesehen, wohl aber einen Unterschied in der Weite der Lidspalten. — Noch kommen auch jene Erscheinungen in Betracht, welche sich in der Haut äussern, indem diese von Gefässnetzen sich durchzogen findet, und ist man in einem solchen Falle zur Annahme der Bösartigkeit des Kropfes berechtiget. — Selten sieht man eine Schilddrüsen-Geschwulst in spontaner Verschwärung, was A. nur einmal zu beobachten Gelegenheit hatte, bei welchem Falle die Ränder des Geschwüres kelchförmig umgestülpt waren. — In vorgeschrittenen Fällen erkennt man die Bösartigkeit auch an dem Vorhandensein von Metastasen und ist in dieser Beziehung höchst interessant ein von v. Dumreicher beobachteter Fall, in welchem es sich um einen Mann handelte, der bei dem Spazirengehen plötzlich den Oberschenkel brach. Als v. D. den Kranken sah, fiel ihm auf, dass derselbe schiele, und erzählte man ihm, dass diese Erscheinung erst seit etwa vierzehn Tagen bestehe; die Schilddrüse war vergrössert und hart. Die Diagnose war klar: Spontanfractur

des Oberschenkels wegen eines malignen Tumors, ein maligner Tumor der Schilddrüse und ein maligner Tumor am Schädel-Grunde. Albert sah auch noch in einem Falle neben bösartigem Kropfe eine Lähmung des Nerv. abducens.

(Allg. Wiener med. Zeitung, 1889, 6.)

III. Chirurgie-, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Der Klumpfuss und seine Folgen für das übrige Knochen-Gerüst. Als Abschluss seiner eingehenden Studien über den Mechanismus des Fusses in normalen und abnormen Verhältnissen, von welchen die Erstere über den Plattfuss im Jahre 1883 und die Andere über den gesunden Fuss im Jahre 1886 erschienen ist, veröffentlicht H. v. Meyer nun die Ergebnisse seiner Untersuchungen an einer grösseren Reihe von Klumpfüssen. Entgegengesetzt dem Plattfusse, den Meyer als eine wesentlich statische Erkrankung auffasst, entsteht der Klumpfuss nur durch Muskel-Thätigkeit. Letzterer ist somit nach ihm als eine dynamische Erkrankung des Fusses aufzufassen. Dies ist auch der Grund, warum bei dem Plattfusse die statischen Einwirkungen sich zuerst am Calcaneus, als dem am Stärksten belasteten Theile, und erst in zweiter Linie am Vordertheile des Fusses äussern; bei dem Klumpfusse dagegen wirkt der Muskel-Zug zuerst dislocirend auf den Vordertheil und später auf den Calcaneus. Beiden Krankheiten gemeinsam ist aber eine Streckstellung des Astragalus, welche bei dem Plattfusse durch Umlegung des Fuss-Gewölbes nach Innen d. h. Hinabsinken des mit dem Astragalus articulirenden Naviculare entsteht, bei dem Klumpfusse als Theilerscheinung der betreffenden Muskel-Wirkung gilt. Letzterer ist eine extrem supinatorische Stellung. — Der pathologische Muskelzug ist aber keine Folge einer Muskel-Atrophie (des Antagonisten), sondern eine active Uebertreibung der normalen Zusammenziehung, woraus eine bleibende Verkürzung resultirt. Meyer nimmt als Grund für diese Zusammenziehung eine unfreiwillige periphere Nerven-Erregung an, welche intrauterin ebenso gut wie im gewöhnlichen Leben vorkäme. Die vielfach als aetiologisches Moment bezeichnete Druck-Einwirkung in der Gebärmutter wie die abnorme angeborene Gestaltung beziehungsweise Lagerung der Knochen hält Meyer für möglich aber unwahrscheinlich. Vielmehr seien alle Gestalt-Veränderungen der Knochen und Gelenk-Flächen secundärer Natur. — Nach einer genauen Analyse der Wirkungs-Weise sämmtlicher Muskeln des Unterschenkels und der Fuss-Sohle kömmt Meyer zu dem Schlusse, dass der Musc. tibialis posticus der primär verkürzte, der den Klumpfuss erzeugende ist, indem er ein

kräftiger Plantarflexor des ganzen Fusses und (durch seine plantare Anheftung in der Nähe vom äusseren Fuss-Rande) ein kräftiger Supinator ist. Die Verkürzung der Mm. peronei brev., tibiales anter. und der Waden-Muskeln sind Folge-Erscheinungen der durch den Musc. tibialis posticus bedingten unrichtigen Lagerung der Fuss-Knochen. Sie erscheinen auch nur in der mit dem Musc. tibialis post. gemeinsamen Componente verkürzt. Desshalb ist aber deren Verkürzung für die operative Praxis nicht minder wichtig als die primäre des Musc. tibialis posticus. In gleicher Weise sind auch noch andere Folge-Erscheinungen, die Veränderungen an den Knochen und Bändern bei der Behandlung zu berücksichtigen. Unterstützend für das Zustandekommen der gesammten Veränderungs-Erscheinungen wirkt auch der Gegendruck des Bodens bei dem Gebrauche des Klumpfusses. Ebenso resultiren auch für die Entwickelung des ganzen übrigen Knochen-Gerüstes schwerwiegende Veränderungen, indem die Schwerlinie des Körpers, die normal 3 Ctm. vor dem Fuss-Gelenke hinabfällt, bei beiderseitigem Klumpfusse etwa 3 Ctm. weiter nach Hinten liegt und auch die Unterstützungs-Fläche viel kleiner wird. Hierdurch erhält der Körper eine sehr aufrechte und sehr starre Haltung. Es ist ein eigener Gang oder vielmehr als Solcher eine Reihe einzelner Fall-Bewegungen nothwendig, wodurch stärkere Rückstösse auf Bein, Becken und Wirbel-Säule erfolgen und wegen der schwierigeren seitlichen Aequilibrirung eine starke Einwärts-Rollung des Beines benöthiget wird. Folgen hiervon sind Veränderungen am Kopfe des Femur (Verschiebung der Gelenk-Fläche), am Becken (steilere Lage), an der Wirbel-Säule (starke Lordose) und der Fibula (bogenförmigere Gestaltung und dadurch Verengerung des Spatium interosseum zwischen Tibia und Fibula).

(Münchener med. Wochenschr. 1889. 16.)

Zur Diagnose und Behandlung der Erkrankungen des Antrum Highmori. Von Dr. M. Schmidt. S. hat behufs Feststellung von Eiteransammlungen im Antrum Highmori die Probepunction durch die fast ohne Ausnahme sehr dünne Scheidewand zwischen Antrum und Nase angewendet. Zu diesem Zwecke legt er zuerst in den unteren Nasengang unter das vordere Ende der Muschel einen kleinen Wattebausch, tränkt ihn dann mit einer 20%igen Cocaïnlösung, und lässt ihn so 10 Minuten liegen. Nit einer Nadel, die doppelt so dick ist, als die Nadeln der Pravaz'schen Spritze, hebt er das vordere Muschelende etwas in die Höhe und sticht in schräger Richtung ein; gelingt es nicht, an dieser Stelle einzudringen, so versucht er es an einer anderen, etwas höher oben oder weiter hinten gelegenen. In den meisten Fällen kann man einer oder der anderen Stelle leicht durch die Wand durch-

dringen und mittelst einer Pravaz'schen Spritze Eiter aus der Highmorshöhle herausziehen. S. verwendete zu dieser Probepunction anfänglich gerade Nadeln, später fand er es für zweckmässig, nach Art eines Ohrkatheters schwach abgebogene Nadeln zu verwenden, die aber nicht spitzig, sondern mit einer Schneide versehen sind, damit die Spitze beim Einstechen nicht Schaden nehme.

Schmerzen macht die in dieser Weise ausgeführte Operation fast gar keine, ebensowenig hat Sch. sonstigen Schaden davon gesehen. In den meisten Fällen wird man Eiter erhalten, vielleicht auch kleine Stückchen von Geschwülsten behufs mikroskopischer Untersuchung dabei gewinnen.

Die Erscheinungen, welche den Verdacht auf eine Erkrankung der Highmorshöhle erwecken, sind: Kopfschmerzen, halbseitig, meist in der Stirne über der Nasenwurzel, so dass man eher an eine Erkrankung der Stirnhöhle zu glauben geneigt wäre, zeitweilig auftretende, manchmal nur sehr kurze Zeit dauernde subjective üble Geruchsempfindungen, objective Eiteransammlungen im mittleren Nasengange und im Hiatus semilunaris.

Bei der Therapie empfiehlt S. die alte Methode der Anbohrung der Höhle entweder von einem Alveolus oder von der Fossa canina aus, er führt dann ein silbernes Röhrchen ein, welches vorne eine Platte trägt zum Befestigen an einem Nachbarzahne, und lässt durch dieses Röhrchen 1 — 2 mal täglich mit Kal. chlor. oder Kali hypermang. ausspritzen.

In ätiologischer Beziehung ist S. der Ansicht, dass die Eiterungen der Highmorshöhle in den meisten Fällen durch Erkrankungen der Zähne hervorgerufen werden.

(Berliner klin. Wochenschr.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Beitrag zur Frage über die Wirkung des Ol. terebint. rect. beim idiopathischen Croup. Von M. Lewentaner in Constantinopel. (Centralbl. f. klin. Med. 89. 8.) Unter Hinweis auf seine früheren über die Wirkung des oben genannten Mittels bei Croup berichteten Fälle, macht L. in Folge des abermaligen überraschend günstigen Verlaufes und Ausganges zweier weiterer schwerer Croupfälle folgende weitere Mittheilung:

Während in den erwähnten Krankengeschichten es noch zweifelhaft sein konnte, ob L. es auch mit echtem Croup der befallenen Kinder zu thun gehabt habe, da in jenen Fällen die charakteristischen Croupmembranen fehlten, war in beiden ferneren Fällen in Folge des abundanten Auswurfes von Croup-

membranen — nach Verabreichung des Ol. terebint. — die Diagnose »Croup« über allen Zweifel erhaben, und obschon er die Kinder bereits am 8., resp. 7. Tage der Krankheit, im Stadium der höchsten Erstickungsnoth, in Behandlung bekam, so hatte doch bis dahin keine Membranenexpectoration stattgefunden. — Das Terpentinöl muss nach seiner Ansicht somit als reizendes und auf Schleimhäuten die Absonderung günstig beförderndes Mittel angesehen werden, weshalb nach jedesmaligem Verabreichen desselben die Membranen und der zähe Schleim sich leichter verflüssigen oder in toto von ihrer Unterlage sich abheben und ausgehustet werden.

1. Fall: Ein 2jähr. schlecht genährter Knabe erkrankte im Mai an Husten, Heiserkeit mit stenotischen Erscheinungen etc., die einen bedrohlichen Charakter annahmen. Man schickte das Kind deshalb behufs Tracheotomie in ein Spital, wo der Zustand des Kindes sich hier von Stunde zu Stunde drohender gestaltete, ohne dass man die Tracheotomie unternahm. — Noch am selben Abend, etwa am 7. Tage der Erkrankung, wurde Lewentaner zu dem Kinde gerufen, das er nun in grösster Erstickungsnoth fand: total aphonische Hustenstösse, bleiches livides Gesicht, Puls kaum fühlbar und auf der Brust gar kein charakteristischer Athmungstypus wahrnehmbar, alle Erscheinungen einer hochgradigen Larynxstenose, und es drohte das asphyctische Stadium einzutreten. Er verordnete sofort, mit Beobachtung aller nöthigen Cautelen, einen vollen Kaffeelöffel O. terebint. rect. und liess mit Eis gefüllte resp. in Eiswasser getauchte Compressen um den Hals schlagen. — Nachts beruhigte sich das Kind etwas und schlief einige Stunden hindurch. Als L. in der Früh es sah, fand er dasselbe noch schlafend und den Zustand bedeutend gebessert. Er verabfolgte noch einen Kaffeelöffel voll Ol. terebint. rect. Am anderen Morgen wurden ihm die ausgehusteten Croupmembranen gezeigt. Das Kind schlief auch mit vollkommen ruhigem, aber etwas verschärftem sägendem Athem. Er verordnete nun: Rp. Ol. terebint. rect. 4.0, Ol. amygd. dulc. 10.0, Syrup. simpl. 20.0, Muc. gm. ar. 40.0, Vitell. ov. un. 15,0, Aqu. cinnam. 50.0. MDS. 2stündlich 1 Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Das Kind nahm sichtlich zu, bekam guten Appetit und erholte sich vollständig, obschon ein leicht schlürfendes Athmen noch lange Zeit zurückblieb.

2. Fall. Als noch beweisender für die specifische Wirkung des Oels berichtet L. folgenden Fall:

Ein gut genährter, 4jähr. Knabe rang, als L. ihn zum ersten Mal sah, am 7. December, nachdem er bereits ohne jeden Erfolg 8 Tage lang von anderen Aerzten behandelt worden, mit allen Kräften nach Luft; die Sternocleidomastoidei waren in beständiger strangartiger Spannung, Jugulum tief eingesunken; Temperatur anscheinend nicht gesteigert; Puls

fadenförmig, kaum fühlbar und sehr beschleunigt; auf der Brust gar kein besonderer Athmungstypus wahrnehmbar, nur ein unqualificirbares Sausen und Brummen; dagegen ergab die Inspection des Pharynx vollkommen normales Aussehen, ja derselbe zeigte ein noch blasseres Aussehen, als normal; Husten trocken und gänzlich aphonisch. — Pat. war urplötzlich Nachts am 29. November mit einem Erstickungsanfall erwacht.

Am 7. December verordnete L. sofort einen Kaffeelöffel Ol. ter. rect. und zum Zerstäuben resp. Inhaliren folgende Solution: Rp. Ol. terebint., Tct. Eucal. glob., Acid. carbol. ana 4.0, Alcohol. 300.00, Aqu. dest. ad 1000.0. MDS. Tag und Nacht ununterbrochen zu zerstäuben. Sofort nach Eingabe des Terpentinöls stellte sich ein heftiger Hustenreiz ein, und nach einiger Zeit erfolgte die Expectoration massenhafter schleimig-eitriger Sputa, untermischt mit grauweissen Croupmembranen, die einen genauen Abguss der Trachea darstellten. Die Membranen hatten eine Länge von 7—9 Ctm. Am folgenden Tage wurde Morgens und Abends noch je ein Kaffeelöffel voll Ol. terebint. rect gereicht. Das Kind athmete hierauf sehr gut, wurde munter, nahm Wein und Speisen zu sich und schlief — nur bei Hustenstössen aufwachend — die ganze Nacht hindurch. Am Morgen wurde noch ein vierter Kaffeelöffel Ol. terebint. ohne jedweden Schaden gereicht. — L. erfuhr, dass das Kind in den ersten 3 Tagen nach der Terpentinverabreichung je alle 4 Stunden eine Membrenexpectoration hatte, am 4. Tage zwei und am 5. nur noch eine; von nun an wurden keine Membranen mehr ausgehustet und das Kind blieb vollständig gesund. Nur Heiserkeit und Schmerzen in der Gegend der Trachea resp. Larynx blieben noch längere Zeit bestehen, worauf nach 4tägigem Gebrauch von Morphium und Bromkali im schleimigen Vehikel auch die letzten Nachwehen der Krankheit völlig verschwanden.

L. ist fest überzeugt, dass nur der specifischen Wirkung des Terpentins die Rettung der Kinder zu verdanken sei.

Zur Indicationsstellung der Tracheotomie bei Diphtherie und Croup. Von Dr. Cnopf. (Nach einem Vortrag im Aerztl. Localverein Nürnberg. — Münchener med. Wochenschrift.)

Mit Recht wird betont, dass die Kinder nicht ohne Noth den Gefahren der Tracheotomie ausgesetzt werden dürfen und anderseits ein Gewicht darauf gelegt, dass ein zu spätes Operiren die Aussichten auf einen günstigen Erfolg trüben. Es wäre demnach der allgemein aufgestellte Grundsatz, in der zweiten Hälfte des zweiten Hälfte des zweiten Stadiums zu operiren, ein zutreffender, wenn alle Kinder wirklich das Stadium asphycticum erreichen und in demselben sterben würden. Nun lehrt aber die Erfahrung, dass der Tod früher, in e

unerwarteter Weise durch Herzparalyse eintreten kann. Die unterlassene oder nicht dringend befürwortete Operation wird dann immer dem Arzt zur Last gelegt werden. Um diesem Dilemma zu entgehen, sind genauere und greifbarere Anhaltspunkte für die Indication zur Operation zu suchen. Es lassen sich dieselben finden in den von Prof. Gerhardt angegebenen Complimentärräumen und ihrem Verhalten bei der Laryngostenose.

Constatirt man nämlich im Beginn einer Laryngostenose den Stand der Lungengrenze besonders am Dorsaltheil des Thorax und vergleicht dann denselben bei zunehmender, oder hochgradiger Laryngostenose, so wird man denselben allmälig, im letzteren Fall bedeutend, nicht selten um 1—2 Centimeter nach abwärts gerückt finden. Das umgekehrte Verhalten lässt sich constatiren bei Abnahme der laryngostenotischen Erscheinungen. In solchem Falle rückt allmälig die Lungengrenze auf die ihr bei ungehinderter Respiration zukommende Stelle. Ein greller Unterschied tritt ein, wenn die Laryngostenose die Vornahme der Tracheotomie nothwendig gemacht hat. Eine unmittelbar nach derselben vorgenommene Untersuchung lässt fast regelmässig ein Heraufrücken der Lungengrenze am Dorsaltheil um mehrere Centimeter wahrnehmen. Dass die Verhältnisse der Trachea hierbei nicht mit in's Spiel kommen, lässt sich daraus wahrnehmen, dass die genannten Symptome eintreten trotz umfangreichen Belages der Trachea, wovon man sich nicht selten durch die Section nachträglich zu überzeugen Gelegenheit hat.

Eine weitere wohl zu berücksichtigende Erscheinung ist die Art des Tones.

Die Stellung des Diaphragma bedingt, dass unter normalen Verhältnissen der Ton vom hellen, vollen nach der Lungengrenze zu die verschiedenen Nuançen ins Kürzere und Leerere bis endlich zum ganz Leeren durchmacht. Bei hochgradig entwickelter Laryngostenose wird man wahrnehmen, dass der Ton am Dorsaltheil des Thorax auffallend hell und voll wird von oben bis unten und dann scharf abgeschnitten ins vollständig Leere übergeht, bedingt durch die unterliegenden soliden Organe Milz und Leber. Der Ton bleibt daselbst ausserdem gleichmässig hell und voll trotz der an den vorderen Thoraxpartien besonders deutlich ersichtlichen Aspirationssymptome. Diese Erscheinungen erklären sich nur durch eine in Folge der Laryngostenose bedingte Stellungsveränderung des Diaphragma, das abgeflacht sein muss. Diese Symptome auf einen erhöhten Tonus, oder Krampf des Diaphragma zurückführen zu wollen, ist aus verschiedenen Gründen unzulässig. Es ist nicht denkbar, dass ein einfacher platter Muskel in seinen hinteren Parthieen tonisch contrahirt sei und in seinen vorderen Parthieen dagegen rythmische Contractionen

mache, wie sich dies eklatant aus den inspiratorischen Einziehungen der Diaphragmaansätze erweisen lässt. Es ist ferner nicht denkbar, dass ein längere Zeit in tonischer Contraction befindlicher Muskel sofort nach der physikalischen Einwirkung der Tracheotomie in einen erschlafften und nachgiebigen Zustand übergehe.

Bedenkt man dagegen, dass das elastische Lungengewebe der Antagonist des Diaphragmas ist, dass ferner durch das von Seiten der Laryngostenose gesetzte exspiratorische Hinderniss die Elasticität des Lungengewebes lahmgelegt wird, dass ferner dem an der Dorsalfläche des Thorax gelegenen Lungentheil am schwierigsten von der Bauchmuskulatur Hülfe geleistet werden kann, so wird man es begreiflich finden, dass bei dem gestörten Gleichgewicht das Diaphragma auch ohne krampfhafte Contraction eine gestreckte Stellung einnimmt, die es sofort wieder aufgibt, wenn durch die Tracheototomie und die Beseitigung des exspiratorischen Hindernisses das elastische Gewebe der Lungen wieder frei wird und seine Einwirkung auf die Stellung des Diaphragma zur Geltung bringen kann; man wird es ferner begreiflich finden, dass gerade am Dorsaltheil des Thorax am prägnantesten die genannten Symptome zu Tage treten, die uns ein Urtheil darüber gestatten, ob die Hülfsquellen des Thorax erschöpft seien, oder nicht.

Ist die Lungengrenze am Dorsaltheil bis zur 11. oder 12. Rippe herabgedrückt, der Percussionston von oben bis unten hell und voll, fehlt das schlürfende Inspirium, ist die Herzfigur vergrössert, der Puls etwa noch aussetzend, dann ist unserer Erfahrung nach, die sich seit Jahren bestätigt hat, der Termin zur Operation, mögen auch die subjectiven Spmptome nicht damit harmoniren, gekommen.

Als Complicationen des Wundverlaufes wurden beobachtet 4 mal Wunddiphtherie und Gangrän der Wunde, 4 mal Erysipel der Umgebung der Wunde, 4 mal Albuminurie. Besonders die letztere erwies sich prognostisch sehr ungünstig, während das Erysipel die Prognose nicht wesentlich beeinträchtigte. Als allgemein ungünstiges Zeichen sind constitutionelle Krankheiten aufzufassen, indem Rachitis 2 mal, constitutionelle Lues einmal vorhanden war und diese drei lethal endeten.

Der Versuch des Decanulement wurde im Allgemeinen nie vor dem 4.—5. Tage angestellt, zuweilen dieselbe durch die perforirte Canule eingeleitet.

Das definitive Decanulement gelang nach 4 Tagen 2 mal, nach 5 Tagen 2mal, nach 6 Tagen 1mal, nach 7 Tagen 2mal, nach 19 Tagen einmal, nach 22 Tagen einmal, wovon das Vorhandensein von Granulomen die Ursache war.

Bei den lethal endenden Fällen trat der Tod bei der Operation einmal, wahrscheinlich in Folge von Aspiration des Erbrochenen während der Operation; am 1. Tag 5 mal,

2. Tag 6mal, am 3. Tag 4mal, am 4. Tag 2mal, am 5. Tag einmal, am 6. Tag einmal, am 8. Tag 3mal, am 10. Tag einmal. Also in 16 Fällen oder 66,6 Proc. erfolgte der Tod innerhalb der ersten 3 Tage, was den alten Erfahrungssatz bestätigt.

Bei der Section fand sich 2mal Gangrän und Diphtherie der Wunde, 3mal Nephritis, 2mal Decubitalgeschwüre der Trachea mit gleichzeitigem Abscess in der Thymusdrüse, 11-mal Pneumonie, und in sämmtlichen Fällen ausgedehnte diphtheritische Belege im Pharynx, in der Trachea und in den Bronchien.

Verschiedenes.

Ein Taschenfläschchen für Hustende. An die in der vorigen Nummer dieser Zeitschrift mitgetheilten Cornet'schen Untersuchungsergebnisse anknüpfend, dass die Infectionsgefahr der Phthisiker nur auf das durch Unreinlichkeit verstäubte Sputum zurückzuführen sei, empfiehlt Dettweiler-Falkenstein ein neues Taschenfläschchen für Phthisiker. Der Träger desselben und damit der grössten Infectionsgefahr für Haus, Schule, Gesellschaft etc. sei das Taschentuch, in welches der Auswurf gespuckt zu werden pflegt. Um den Kampf gegen diesen durch unsere gesellschaftlichen Traditionen eingewurzelten Missbrauch zu übernehmen, hat D. ein Fläschchen construiren lassen (bei Nölle in Lüdenscheid), das Oeffnungen mit Schraubenverschluss besitzt, eine obere grössere zum Einführen des Auswurfs durch einen Trichter, der gleichzeitig den Abfluss nach oben verhindert, und eine kleinere zur Entfernung des Inhalts. D. legt das Geräth dem Urtheil der Aerzte vor und betont die Pflicht jedes Arztes, das Publikum auf die Ansteckungsgefahr des Auswurfs aufmerksam zu machen und davor zu behüten.

Spritzen, deren Canüle verstopft ist, so dass man nicht einen feinen Draht durch dieselbe ziehen kann, werden gereinigt, indem man sie einen Moment über die Flamme hält; dadurch wird die fremde Substanz schnell zerstört und ausgetrieben. — Ist ein Draht in der Nadel eingerostet, so soll man sie in Oel tauchen, bevor man sie in die Flamme hält. — Um den Rost aus dem Innern der Canüle zu entfernen, ist es gut, Oel durch die Canüle durchzuziehen und sie sodann zu erhitzen. Darauf soll man sie mit Alcohol ausspülen. Die Nadel ist dann zum Gebrauch fertig.

(D. med. Wochenschr. 1889.)

Verleger: G. Rathgeber in Wetzlar.
Redacteur: Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Gedruckt bei Ferd. Schnitzler in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 6. XXX. Jahrgang. Juni, 1889.

Diese Zeitschrift erscheint monatlich zu 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Verlagshandlung** zu richten.

Inhalt:

Die Verkennung des Irreseins. (Fortsetzung.) — Ueber die Wirkungsweise der Glycerinklystiere. Die Anwendung des Chloroformwassers zur Lösung von Medicamenten. — Ueber die Pathologie und medicinische Therapie des Ileus. Ueber Lungenentzündung; Originalmittheilung von Dr. Oppenrieder zu Rügland. — Wie entstehen Brüche? Ueber die Ursachen der örtlichen Krebs-Recidive nach Brustdrüsen-Amputation. Ueber den Einfluss des electrischen Lichtes auf die Augen. Heisse Ausspülungen von 40° R. post partum. Ueber Lebercirrhose bei Kindern. — Die antiseptische Anwendung des Salols. Chromsäure gegen Fussschweiss. Behandlung der Warzen. — Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Th. v. Jürgensen.

Die Verkennung des Irreseins.

(Der Irrenfreund, 88. Nr. 9 u. 10.)

(Fortsetzung zu Seite 28 d. Jahrgangs.)

Ein anderes Forum, das öftere Beweise von Verkennung geistiger Störung oder der Anlage zu dieser liefert, ist die Schule. Bekanntlich ist viel von Ueberbürdung der Jugend auf den Schulen als Ursache geistiger Erkrankung die Rede gewesen. Die Sache liegt so, dass die Anforderung unserer heutigen niederen und höheren Schulen, obgleich sie das Niveau früherer Zeiten überschritten haben, dennoch nicht übermässig sind für normale, gesunde Schüler, dass dagegen schon mässigere Ansprüche an das Gehirn gewisser Kinder mit neuropathischer, angeborener oder erworbener Belastung, für körperlich schwache, schlecht genährte, kränkelnde oder in schnellem Wachsthum begriffene Schüler, namentlich für beschränkte Köpfe, leicht zu gross und daher nachtheilig werden. Solche Kinder bleiben von vornherein oder schliesslich in der Schule zurück; der wahre Grund wird aber manchmal nicht erkannt. Die Unaufmerksamkeit und Zerstreutheit des Schülers, seine Trägheit und Unlust, sich geistig zu beschäftigen, die ungenügende Erledigung der Schulaufgaben, der unregelmässige Schulbesuch, die Neigung zu kleinem Unfug auf der Schulbank, zum Herumstreifen während und ausser der Schulzeit u. s. w., ziehen nach fruchtlosen Ermahnungen und wiederholten Verweisen Strafen und Züchtigungen nach sich, die wohl verschärft werden, wenn der betr. Schüler darauf mit Gleichgiltigkeit, Mangel an Besserung oder gar mit Bösartigkeit und Rache antwortet. Etwaige Klagen desselben über Kopfschmerz und verschiedene andere widrige körperliche Empfindungen werden nicht berücksichtigt; man glaubt an Simu-

lation und Berechnung. Aber grade der Misserfolg aller Ermahnungen, Verweise und Strafen, das Nutzlose langfortgesetzter Besserungs-Versuche muss für Lehrer und Eltern eine Mahnung sein, an die Stelle der Ereiferung und Verzweiflung die ruhige, leidenschaftslose Untersuchung treten zu lassen, ob nicht die geistige Unfähigkeit und das verkehrte Verhalten des Schülers mit einem körperlichen Leiden, namentlich mit Erscheinungen verknüpft ist, die auf einen ungewöhnlichen oder geradezu krankhaften Zustand des Gehirns hinweisen. Solche Erscheinungen sind für Laien nicht immer erkenntlich und auffallend, sie haben auch für sie nicht die nosologische Bedeutung, die ihnen zukommt; sie verstecken sich unter den sichtbaren und greifbaren Verkehrtheiten des Verhaltens der Schüler, die diesen gemäss pädagogisch behandelt werden, während sie der ärztlichen Untersuchung überwiesen werden müssen.

Der sachverständige Arzt fragt nach der Abstammung solcher Schüler, nach den Krankheiten und geistigen Constitutionen ihrer Geschwister, nach den Krankheiten, welche sie selbst schon in den ersten Lebensjahren und vor dem Beginn des Schulbesuches und später überstanden, nach Unfällen, welche sie erlitten. Wichtig für den Arzt sind die sog. Degenerationszeichen, welche sich nicht immer, aber doch oft bei erblich belasteten Kindern finden, Zeichen, die zum Theil von Laien als etwas Besonderes nicht erkannt werden, zum Theil, wenn sie in der Schule auffallen, eher den Betroffenen den Neckereien und Spöttereien der Mitschüler aussetzen, als dass sie den Lehrer ahnen lassen, dass sie in ihrem öfteren Zusammentreffen mit geistiger Unfähigkeit und mit sittlichen Verkehrtheiten bedeutungsvolle äussere Male sind. Der Arzt erkundigt sich ferner genau nach dem Befinden und Verhalten des unfähigen Schülers ausserhalb der Schule, im Hause der Eltern, bei den Spielgenossen etc., namentlich wie der Schlaf, die Verdauung, der Zustand der Lungen, das Geschlechtsleben sind; für ihn haben die Angaben und Klagen über Kopfschmerz und Kopfdruck, über Magenschmerz und Beengung und sonstige subjective Symptome Bedeutung, während sie, namentlich wenn der Schüler körperlich nicht leidend erscheint, dem Lehrer nur zu leicht als Erdichtung, als Bemäntelung der strafbaren Trägheit und Unart erscheinen. Wenn der verdächtige Schüler nicht träge, unartig, ein Taugenichts, sondern krank, aus konstitutioneller, organischer Ursache unfähig, ein Schwachsinniger, Neurastheniker etc. ist, so gehört er dauernd oder nur zeitweise nicht in die gewöhnliche Schule, er kann nur unter Beachtung seiner krankhaften Anlage und Verfassung gedeihen und sich entwickeln in besonderen Unterrichts-Anstalten für geistig zurückgebliebene Kinder oder unter der Anleitung eines verständigen Privatlehrers; in sol-

chen Fällen müssen Arzt und Lehrer zusammengehen; leider finden sie nicht immer bei den Eltern des Kindes die nöthige Unterstützung, da diese zu wenig einsichtig und zu eitel sind, um die geistige Störung und Unfähigkeit ihres Lieblings zu begreifen und einzugestehen. Ist doch gerade in den Familien die Verkennung geistiger Störung häufiger, als irgend wo. Namentlich wird die Anlage dazu von Lehrern und Eltern in den Fällen gar nicht geahnt, wo der Schüler, trotz seiner Abstammung aus einer geisteskranken Familie, bei offenbaren Eigenthümlichkeiten des Temperaments und des Characters oder bei körperlichen Störungen, in der Schule mitkommt, sich sogar vor älteren Mitschülern auszeichnet und durch seine Leistungen zu den Besten der Klasse zählt.

In der Familie eines seiner Kranken traf Br. zufällig einen 12jährigen Knaben, Schüler der Quarta, der schlecht genährt, elend aussehend, auch sogleich durch seine mimischen Zuckungen auffiel. Man rühmte seine Kenntnisse, er sei in seiner Klasse immer der erste oder zweite. Aus einem flüchtigen Examen ergab sich, dass der Knabe in den reinen Gedächtnissfächern, Geschichte, Geographie, Latein tüchtig, dagegen im Rechnen schwach war. In der Schule war er oft sehr »zerstreut«, versetzte beim Schreiben die Buchstaben, schrieb z. B. »glat« statt »galt« u. s. w. Im Hause war er reizbar und empfindlich, durch die geisteskranke Mutter verwöhnt. Der Schlaf war unruhig; »er wälzt sich immer im Bette herum«.

B. rieth dringend, diesen verdächtigen Knaben aus der geistigen Sphäre des Schullebens auf's Land zu versetzen, wo sein Gehirn nicht in Anspruch genommen werde, und wo er »Luft und Sonne« — und viel Milch geniessen könne. Da erfuhr B., dass der Knabe Milch nicht trinken könne; ein »Tropfen Rahm« verursache ihm »Krämpfe im Halse«. Seine Mutter habe ihm eingeprägt, er dürfe nur Fleisch und trockenes Brod essen, und daran halte er fest, wie an einer »fixen Idee«. Was aus diesem Knaben werden wird, wird die Zeit lehren.

Die Erfahrung lehrt, dass es mit solchen ab origine belasteten eigenthümlichen Kindern lange Jahre in der Schule gut gehen kann; sie schreiten fort mit ihren Genossen, steigen von Klasse zu Klasse, zeichnen sich sogar aus in einzelnen Fächern und Niemand ahnt etwas Böses. Aber beim Herannahen oder Eintritt der gefährlichen Pubertätszeit, oder noch später, wenn die Anforderungen an das im Wachsthum begriffene Gehirn wachsen, erkrankt dieses in deutlicher Weise; die ursprüngliche Anlage des Kindes findet ihre Weiterentwicklung in ausgesprochenen Formen geistiger Störung, Melancholie, Manie, Verrücktheit; der Freude des Lehrers, den Hoffnungen der Eltern folgt Enttäuschung und Leid, das genug nie wieder aufhört, denn das von Jugend auf belas

Kind trägt als Jüngling und Mann seine grössere Last weiter in dauerndem, wenn auch wohl öfters unterbrochenen Irresein, und der endliche Abschluss der jugendlichen Anlage ist gewöhnlich unheilbare Verblödung.

Nicht so leicht, wie die Imbecillen geringeren Grades, die man vornherein von der Schule nicht ausschliessen kann, deren Unfähigkeit erst mit der Zeit in der Schule deutlicher hervortritt, oder gar durch einseitige Fähigkeiten verdeckt wird, werden die Schüler verkannt, welche Anfangs fleissig, leistungsfähig und ordentlich, später in der Schule ermatten und zurückbleiben, weil sie krank geworden sind während des Schulbesuches; der Gegensatz des zeitlichen Verhaltens ist in diesen Fällen gewöhnlich bemerklich und auffallend. Aber die spätere acute oder subacute Gehirnerkrankung, welche meistens in dem der Pubertät nahen Alter oder mit dieser auftritt, als Melancholie, Hypochondrie, Manie, Neurasthenie etc., ist doch manchmal symptomatologisch so geartet, dass auch sie verkannt werden kann, und es fehlt nicht an Beispielen, dass gerade unter dem Einflusse oder im Gefolge pädagogischer Massregeln die Gehirnerkrankung in schärferen Zügen hervortritt, — die Antwort auf den unverständigen Zwang zu Leistungen eines kranken Organs.

Dieser Gegenstand kann hier nur angedeutet und im Einzelnen nicht weiter verfolgt werden. B. verweist aber bei der grossen Wichtigkeit der Sache auf die Abhandlung »Ueber Geistesstörungen im Kindesalter und deren richtige Würdigung und Behandlung« im Irrenfreund 1864, No. 4, wo es heisst: Das Vorkommen von Geistesstörungen im Kindesalter, welche — mehr der Manie oder wirklichen Verrücktheit, als dem Blödsinn oder Imbecillität gleichen, hat die Aufmerksamkeit der practischen Aerzte im Allgemeinen nur wenig in Anspruch genommen. Erst in neuerer Zeit haben sich Psychiater und Paediater damit beschäftigt. Die Irrenheilanstalten sind sammt und sonders gar nicht für die Aufnahme von geistesgestörten Kindern berechnet; man findet sie niemals oder selten in ihnen, und nur in den erst in unseren Tagen geschaffenen Idiotenanstalten findet man neben den verschiedenen Abstufungen des Blödsinns auch Formen, die man unmöglich als Idiotismus klassificiren kann, sondern als Manie erkennen muss. Man hat diese Formen früher wohl nur übersehen oder die sich kundgebende Perversität des Geistes als Ungezogenheit, Verdorbenheit, Bösartigkeit oder Ruchlosigkeit angeschaut und demgemäss die armen, unglücklichen Kinder der Züchtigung oder strengen Erziehung unterworfen, um ihnen die Unart auszutreiben, bis dann der Eintritt wirklicher Stupidität oder Imbecillität oder irgend einer Besonderheit die Geistesstörung zu deutlich vor die Augen rückte. Mag es nicht heute noch manchem Familienvater, Erzieher, Lehrer, ja manchem prak-

tischen Arzte so gehen, wenn er wegen seines anscheinend geistig missrathenen Kindes befragt wird? Nicht ganz ohne Begriffsvermögen, ohne Fähigkeit etwas zu lernen, sind solche Kinder doch ausser Stande, ihre Aufmerksamkeit lange und wirksam genug auf einen Punkt zu richten, den nöthigen Fleiss zu verwenden und dem Gedächtnisse irgend etwas dauernd einzuprägen. Es wird das für Faulheit oder Unlust zum Lernen angesehen; die Kinder werden deshalb bestraft und zu ihren geistigen Schwächen kommen dann noch Tücken und andere Fehler hinzu, welche die Folgen des harten und strengen Verfahrens sind.

Uebereinstimmend damit äussert sich Köhler in seinem Vortrage auf der Naturforscherversammlung zu Kassel*): Von maniakalischen Zuständen befinden sich in den Idiotenanstalten zahlreiche Fälle, Kinder, welche lange Zeit in der Heimath als boshafte, ungezogene, vorlaute, geschwätzige, alberne Individuen gegolten, in der Familie und Gemeinde sich durch ihre bösen Streiche lästig und zuletzt ganz unmöglich gemacht haben, nachdem man jede Art von Strafen und Züchtigungen an ihnen vergeblich versucht und selbst der sonst Alles vermögende Pädagog seinen Einfluss scheitern gesehen hat. Nicht selten werden dergleichen Kinder den Besserungsanstalten übergeben und kommen von dort erst in die Idiotenanstalten, weil man mit ihnen nichts anzufangen vermochte. Die Prognose ist hier noch die günstigste; nach Ablauf der Exacerbation werden sie zugänglicher, folgsam, lernen sich beschäftigen, nehmen mit Erfolg an dem Schulunterricht Theil und sind auch in ihrem äusseren Gepräge gänzlich umgestaltet. Einen derartigen Fall hatte ich in Sonnenstein zu beobachten Gelegenheit, der in seiner masslosen Unbändigkeit der Schrecken seiner Familie und seines Ortes geworden war. Er wurde als genesen entlassen, in der Heimath confirmirt und ist später ein ganz brauchbarer, selbstständiger Oeconom geworden.

B. verweist ferner auf Dr. Laehrs Referat »über den Einfluss der Schule auf Verhinderung von Geistesstörungen« in der Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, 32. Band, p. 216. Laehr sagt u. A.: Es erweist sich nun die Zahl der Kinder als keine so kleine, deren geistige Schwächezustände oder Eigenthümlichkeiten gerade in der Schule erst zu Tage treten, wo andere Anforderungen als vor der Schulzeit an das Centralorgan gestellt werden. — Die andere Gruppe umfasst jene Kinder, deren Intelligenz nicht bezweifelt werden kann, die aber durch mancherlei Eigenthümlichkeiten sich auszeichnen. Sie sind in Gesammtheit der Art, dass man eine organische Grundlage annehmen muss, eine mangelhafte Energie der Gehirnfaser. Diese Erscheinungen treten zumeist zu Tage, wenn behufs

*) Der Irrenfreund 1878 No. 11, pag. 162.

einer zu erlangenden höheren Bildung ein methodischer Unterricht in den verschiedenen Lehrgegenständen beginnt. Wer zur mechanischen Beschäftigungsart erzogen wird, entgeht dieser Gefahr. Man muss daher grade von dem Lehrer wünschen, dass er sich über diesen Gegenstand unterrichte. Passt er nicht seinen Lehrstoff dieser organischen Unterlage an, so schwächt er die Functionen des Gehirns und erreicht grade das Gegentheil von dem, was er beabsichtigt. Er disponirt die Kinder durch verkehrte Einwirkung zum Schwachsinn und zu psychischen Störungen, während er sie bei richtiger Führung über die gefährlichen Zeiten des Wachsthums des Gehirns glücklich hinweggeführt. — In der Schule, in gleicher Weise wie die andern Kinder angestrengt, werden sie unlustig zur Arbeit, kommen schwer vorwärts. Hier ist nun der Lehrer in Gefahr, diese Erscheinungen von rein moralischem Standpunkte anzusehen, und, indem er meint, durch disciplinarische Massregeln eingreifen zu können, begeht er jene Kette von Irrthümern, welche das Kind geistig ruiniren etc.

(Fortsetzung folgt.)

I. Pharmacologie und Balneologie.

Ueber die Wirkungsweise der Glycerinklystiere. Seit einiger Zeit werden kleine Mengen Glycerin, 1—2 Kubikcentimeter als Klysma applicirt, vielfach benutzt, um bei Stuhlanhäufung im Dickdarm Entleerung zu bewirken. Es erfolgt meistens eine ausgiebige Defäcation, und die geringe Belästigung bei der Anwendung des Mittels ist nicht zu leugnen. Wie kommt diese Wirkung zu Stande? Da die Stühle fast stets geformt und consistent sind und Kolikschmerzen kaum jemals auftreten, so wird offenbar nicht im ganzen Darm, sondern wesentlich im Dickdarm und speciell wohl in den unteren Partieen desselben stärkere Peristaltik ausgelöst. Doch auf welche Weise? Anacker, der zuerst das Glycerin als Abführklysma empfohlen hat, ist der Ansicht, dass die starke wasserentziehende Kraft des Mittels das Wesentliche bei der Wirkung sei; es finde ein Wasseraustritt aus der Schleimhaut des Mastdarmes statt, lebhaftere Blutfülle in den unteren Darmpartieen, Peristaltik und Drang, wobei jedoch unklar bleibt, warum nicht blos der unterste, vom Glycerin benetzte Theil des Mastdarmes, sondern wie die Betrachtung der Stühle zu lehren scheint, eine längere Darmstrecke in peristaltische Bewegung geräth. Reisinger hält die Wasserattraction nicht für das Wesentliche, da concentrirte Lösungen von Natriumsulfat, in gleicher Weise in's Rectum gebracht, gar nicht oder viel weniger wirksam seien als Glycerin, und er meint, dass reflec-

torisch durch den Reiz des Glycerins eine lebhaftere Darmperistaltik ausgelöst werde. Zur besseren Einsicht in diese Verhältnisse hat nun Dr. Lüderitz, wie er in Nr. 13 der Berl. klin. Wochenschr. berichtet, an Kaninchen Versuche angestellt, deren Ergebnisse im Folgenden mitgetheilt sind. Auch beim Kaninchen erzielt man, ganz wie beim Menschen, durch Einführung einer entsprechend kleinen Menge (wenige Tropfen) Glycerin in den Mastdarm nach kurzer Zeit Stuhlgang. Um das Verhalten des Darmes direct beobachten zu können, wurde den (nicht narkotisirten) Thieren in einem 38 Grad Celsius warmen 0.6procentigen Kochsalzbade das Abdomen geöffnet. Wie der übrige Dickdarm liegt auch das Rectum in der Regel ruhig, und die hier befindlichen, entweder wie Perlen dicht aneinandergereihten oder stellenweise durch leere Darmstrecken von einander getrennten Kothballen können sogar eine Stunde lang ruhig liegen bleiben; auch wenn ausserdem, was sehr häufig der Fall ist, neben dem Koth Gasblasen im Mastdarm sich vorfinden, so sind zwar an den gashaltigen Darmstrecken meistens leichte, circuläre, sowie kurze peri- und antiperistaltische Bewegungen wahrzunehmen, aber die Lage der Kothballen wird für gewöhnlich dadurch nicht verändert. Bringt man nun mittelst einer kleinen Spritze $^1/_{10}$ bis $^1/_4$ Kubikcentimeter Glycerin durch den Anus in's Rectum, so tritt in der Regel das folgende Bild auf. Nach kurzer Zeit, oft schon nach 1 Minute ist dicht oberhalb der Symphyse im Mastdarm neben den Kothballen helle durchscheinende Flüssigkeit wahrzunehmen, in den nächsten Minuten steigt dieselbe unter leichten circulären Bewegungen des Darmes weiter aufwärts, und allmälig langsamer, wird das ganze Rectum, bis 15 Centimeter und weiter vom Anus entfernt, neben den Kothballen von der Flüssigkeit angefüllt. Ihre Menge übertrifft die des eingeführten Glycerins ganz erheblich. Sie wird also entgegen der normalen Bewegungsrichtung, nämlich pylorus-wärts, durch Bewegungen, die man deutlich sieht, weiter getrieben. Oft hemmen die im Darm befindlichen Kothballen ihren Weg, bis dann durch eine stärkere Bewegung die Flüssigkeit an dem Ballen vorbei weiter aufwärts gepresst wird. Die unterste Strecke des Mastdarmes wird hierbei in wenigen Minuten durchwandert, weiter aufwärts ist die Bewegung langsamer, zuletzt ganz langsam, und nach 20 bis 30 Minuten ist der höchste Stand — bei der angegebenen Glycerinmenge bis zu 18 Centimeter — erreicht. Gleichzeitig erscheint die mit Flüssigkeit erfüllte Mastdarmstrecke stärker injicirt als vorher, vor Allem aber sind hier energische Bewegungen wahrzunehmen, die an verschiedenen Stellen der Strecke zugleich auftreten und in ihrem Gesammteffect zu einer Abwärtsbeförderung des Inhaltes führen, so dass, während die Flüssigkeit noch aufwärts wandert, Kothballen auf Kothballen aus der

After hervortritt. Weiter aufwärts dagegen, an Stellen des Dickdarmes, wohin die Flüssigkeit nicht gelangt ist, fehlen die Bewegungen; wenigstens sind solche, wenn sie gelegentlich einmal hier vorkommen, nicht der Wirkung des Glycerins zuzuschreiben, da sie ganz ebenso auch ohne Glycerinapplication auftreten können. Die Versuche lehren, dass beim Kaninchen die abführende Wirkung des Glycerins nicht durch eine von beschränkter Stelle aus reflectorisch erzeugte Bewegung eines längeren Darmabschnittes erzielt wird, sondern nur da, wo das Glycerin die Mastdarmschleimhaut benetzt, erzeugt es neben Hyperämie und Erguss von Flüssigkeit in das Darmlumen Bewegungen; durch letztere wird einerseits die Flüssigkeit weiter aufwärts getrieben und hierdurch an einer längeren Darmstrecke derselbe Vorgang erzeugt, andererseits der Inhalt nach unten befördert und entleert. Es ist dieser Vorgang ganz ähnlich demjenigen, der zuerst von Nothnagel nach Injection von concentrirter Kochsalzlösung und anderen reizenden Salzlösungen in den Mastdarm von Kaninchen beobachtet worden ist.

Es fragt sich nun, ob beim Menschen die abführende Wirkung der Glycerinklysmen auf dieselbe Weise zu Stande kommt, wie soeben vom Kaninchen beschrieben wurde. Dass auch beim Menschen durch den Reiz des Glycerins Flüssigkeit in das Darmlumen abgesondert wird, ergibt die Betrachtung der Stühle unzweifelhaft. Zwar sind dieselben in der Regel geformt und bisweilen nicht einmal weicher als in der Norm, auch findet man in den Fällen, wo ganz kurze Zeit, 1 bis 2 Minuten, nach der Glycerineinspritzung bereits Stuhlgang erfolgte, wo also das Glycerin nicht Zeit genug hatte, eine Abscheidung von Flüssigkeit zu veranlassen, die Stühle nur feuchter und glänzender als normal. Erfolgte dagegen die Entleerung später, nach 8 bis 15 Minuten oder nach noch längerer Zeit, so habe ich in meinen Fällen stets neben den Fäces glasigen Schleim oder schleimige Flüssigkeit wahrnehmen können. Die Menge dieser Beimengung wechselte, wiederholt betrug sie gegen 20 Kubikcentimeter. Mehrmals wurde auch anstatt der Fäces nur eine solche schleimige Flüssigkeit entleert. Bei einem 13jährigen Mädchen, das seit 5 Tagen verstopft war, kam auf Application von 1 Kubikcentimeter Glycerin nach 5 Minuten ein nussgrosses Stück Koth mit etwas Glycerinflüssigkeit, sodann wurden, 3 Stunden später, 100 Kubikcentimeter trüber, bräunlicher, stark schleimiger Flüssigkeit ausgeschieden. In einem anderen Falle, bei einer seit drei Tagen verstopften Frau, trat auf Application von 2 Kubikcentimeter Glycerin die Entleerung nach 7 Stunden ein und bestand in 40 Kubikcentimeter einer graugelben, wie eiterig aussehenden, schleimigen Flüssigkeit, in der sich durch das Mikroskop ausser Bacterien massenhafte cylindrische und unregelmässig gestaltete, kern-

haltige Zellen, also Darmepithelien, sowie spärliche Rundzellen nachweisen liessen. Glycerin vermag also einen ausgebildeten Mastdarmkatarrh hervorzurufen. Uebrigens sei bemerkt, dass Tenesmus in keinem meiner Fälle, unangenehmes Gefühl von Brennen im Mastdarm nur einige Male beobachtet wurde. Was nun das Wesentliche der Abführwirkung, die Entstehung der Peristaltik, betrifft, so ist hier zu erwähnen, dass auch beim Menschen stärkere Salzlösungen, in mässiger Menge als Klysma applicirt, durch Antiperistaltik hoch hinauf befördert werden können. Nothnagel berichtet von einem Patienten mit Enterostenose, bei dem kurze Zeit vor dem sicher zu erwartenden Tode eine mässige Menge — 350 Gramm — einer 10procentigen, mit Carmin gefärbten Kochsalzlösung unter geringem Druck in's Rectum gegossen wurde, und bei dem sich post mortem die rothe Carminfärbung bis 45 Centimeter oberhalb der Bauhin'schen Klappe hinaufreichend fand. Auch für das Glycerin ist also wohl eine ähnliche antiperistaltische Aufwärtsbewegung im Darm des Menschen mit Sicherheit anzunehmen. Erfolgt nach einem Glycerinklysma der Stuhlgang nicht sofort, sondern erst nach 15 Minuten oder noch später, so dürfte die Peristaltik wohl auf ganz dieselbe Weise, wie man dies beim Kanichen beobachtet, zu Stande kommen. Auch in den Fällen, wo bereits 1 bis 2 Minuten nach der Application eine 4 bis 5 Decimeter lange Kothsäule entleert wird, ist vielleicht die Wirkung dieselbe, doch sind hier andere mitwirkende Momente nicht ganz auszuschliessen, welche aufzudecken, weiteren Versuchen vorbehalten bleiben muss.

Die Anwendung des Chloroformwassers zur Lösung von Medicamenten. P. G. Unna (Hamburg) versuchte, angeregt durch die bekannte Empfehlung Hager's, die antiseptischen und antimycotischen Eigenschaften des Chloroformwassers für die subcutane Therapie zu verwerthen. — Schon früher (1886) hatte er für histologische Zwecke das Chloroformwasser als Verdünnungsmittel der leicht schimmelnden Lösungen des Carmins erprobt und empfohlen und auch überall dort. wo wässrige Lösungen von Reagentien mycotischer oder bacterieller Zersetzung leicht anheimfielen. Es lag daher für ihn nahe, die Zersetzung der Alcaloide, besonders des Morphiums und Atropins, des Ergotins, der Fowler'schen Lösung u. s. f., ebenfalls durch Ersatz des gewöhnlichen destillirten Wassers mittelst Chloroformwassers zu verhindern. Allerdings erzeugt das Chloroformwasser bei der subcutanen Application hin und wieder ein leichtes Brennen und ein oft noch bis zum nächsten Tage dauerndes Gefühl, als ob an der betreffenden Stelle eine Quetschung stattgefunden hätte, ohne dass eine Verfärbung, wie nach Blutextravasation, auftritt. Diese unangenehme locale Empfindung macht sich auch dann ge

tend, wenn das Chloroformwasser als Excipiens für Morphium dient, während die sonstige Wirkung des Morphiums prompt eintritt. Andererseits giebt es aber Patienten, welche gar keine subjective Empfindung bei der Application der Aqua chloroformiata verspüren, und besonders schien dann die intramusculäre Glutäalinjection stets schmerzlos zu verlaufen. Wo nun erst das eingeführte Medicament selbst erhebliche Schmerzen bei subcutaner Application verursacht, wie die Arsensalze, das Ergotin, der Sublimat, da kommt die Localwirkung des Chloroforms überhaupt nicht in Betracht. Im Gegentheil verliefen derartige Applicationen schmerz- und reactionsloser, als bei Lösung derselben Medicamente in destillirtem Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung. — Eine Allgemeinwirkung der kleinen Quantitäten des miteingeführten Chloroforms war nicht wahrzunehmen; nur bei einzelnen Patienten schienen die Injectionen Müdigkeit hervorzurufen. — Hiernach würde nach U. der Ersatz des destillirten Wassers durch Chloroformwasser vor Allem bei der Darstellung der Solutio Fowleri und sämmtlicher Ergotinpräparate zu empfehlen sein, welche so leicht der Verschimmelung anheimfallen. Besonders gilt dieses auch für den inneren Gebrauch dieser Präparate, wo ja auch noch die subjective, unangenehme Empfindung, wie bei subcutaner Application, wegfällt, und der schwache Gehalt an Chloroform nur günstig, nämlich gährungshemmend und bei öfterem Gebrauche nervenberuhigend, wirkt. — Die Solutio Fowleri speciell lässt U. deshalb zu seinem Gebrauche, intern und extern, nur noch mit Chloroformwasser anfertigen, und glaubt er sogar, dass damit zugleich das vielgesuchte, ideale Excipiens des Kali arsenicosum (klar, steril bleibend, von eigenthümlichem Geruche) gefunden ist. Sodann glaubt er jetzt schon den Zusatz einiger Tropfen Chloroform zum Morphium überall dort anrathen zu müssen, wo zur Behandlung schmerzhafter Localaffectionen neben der direct schmerzstillenden Wirkung des Morphiums ein örtlicher leichter Reiz erwünscht ist (z. B. Trigeminusneuralgien, Zahnschmerz etc.). — Uebrigens treten die hin und wieder constatirten Reizsymptome relativ nur selten auf, womit die Anwendung des Chloroformwassers zur Lösung sämmtlicher Alcaloide geboten wäre, namentlich für den innerlichen Gebrauch der leicht zersetzlichen Substanzen.

(Monatsh. f. pr. Dermatologie 1889.)

II. Medicin.

Ueber die Pathologie und medicinische Therapie des Ileus. Von Hofr. Prof. Nothnagel. Aus den Versuchen, welche N. über Ligirung des Darmes anstellte, geht hervor, dass die Peristaltik oberhalb der stenosirten Stelle in einer

sehr heftigen Weise vor sich geht und zu einer schliesslichen Lähmung des Darmes in dieser Partie führt, während unterhalb der Stenose der Darm sich entleert und dann ruhig liegen bleibt. Daraus ergiebt sich, dass es nicht die Peristaltik ist, welche wir beim Ileus anzuregen haben, weil diese so stark wie nur möglich ausgelöst wird, so stark, dass dadurch eine Dehnung des Darmes erzeugt wird. Welchem Chirurgen wird es beifallen, bei einer eingeklemmten äusseren Hernie Abführmittel zu geben? Und was für eine äussere Hernie gilt, gilt auch für eine innere. Wenn man an einem Volvulus, der oft mit einer sehr starken Verschlingung der Darmstücke einhergeht, noch so heftig zerrt, so hat man noch nie einen solchen vollständig gelöst. Wohl gelingt es manchmal, durch eine stossweise Manipulation denselben zu beheben, niemals aber durch noch so heftige Zerrung. Aehnlich verhält es sich bei der Invagination. Wenn man da die Peristaltik steigert, so steigert man dadurch die Invagination. Aehnlich geschieht es, wenn das Hinderniss durch eine äussere Ursache, durch ein Carcinom, durch Schwielen, durch narbige Stricturen bedingt ist. Wenn da die Peristaltik gesteigert wird, so wird das oberhalb der Stenose liegende Darmstück paretisch, es wird vielleicht abknicken und die etwa anfangs bestehenden Chancen für eine Eröffnung werden geringer. Es ist demnach die Darreichung von Abführmitteln auf das allerschärfste zu verurtheilen.

Die Darreichung von Abführmitteln macht die Stenose nur stärker, die Erscheinungen werden dadurch nur gesteigert und es ist die erste und wichtigste Aufgabe für den Arzt sobald er die Diagnose des Ileus gemacht, sich von der Darreichung von Abführmitteln zu enthalten, weil es ein grober Fehler wäre, in diesen Fällen mit Laxantien zu forciren, wie es noch häufig geschieht. Nur in den Fällen, wo eine einfache Kothstauung besteht und die Erscheinungen hervorruft, ist es erlaubt, Abführmittel zu geben, aber solche, welche bloss verflüssigen und die Darmschleimhaut nicht reizen.

Wenn man die Peristaltik von unten anregt, so wird der Darminhalt von oben in der Regel nicht hinunterbefördert, aber man vermehrt dadurch nicht das Hinderniss; die mässige Zunahme des Darmvolums von unten reicht in vielen Fällen aus, um das Hinderniss zu lösen oder wenigstens dazu beizutragen, indem ein leichter Zug für die peristaltische Welle gemacht wird. Dazu sind vorzugsweise Klystiere am Platze. Wenn man lauwarme Wasserklystiere in mässiger Menge gibt, so sieht man häufig günstigen Erfolg. Die Flüssigkeit steigt aber nur so hoch, wie weit sie durch die Spritze hineingetrieben wird, und bleibt dann ruhig im Darme, bis die Peristaltik in ihre Rechte tritt und sie hinaustreibt. Bei Anwendung von Eisklystieren wird die Antiperistaltik angeregt. Die Flüs-

sigkeit steigt viel höher, als es dem Drucke der Spritze entsprechen würde, und zwar so lange, bis sich ihre Temperatur mit der der Umgebung ausgeglichen, dann hört die Antiperistaltik auf. Sehr viel weiter gehen die Massenklystiere nach Hegar in der Knieellbogenlage. Diese werden zuweilen angewendet und oft mit überraschendem Erfolge. Sehr günstige Resultate liefern die Klystiere mit Eissyphons, welche leider nur von den wenigsten Aerzten angewendet werden. Was da wirkt, ist dreifacher Art. Erstens die Flüssigkeit, zweitens die niedrige Temperatur (die Syphons werden in Eis gehalten) und endlich drittens die Kohlensäure, welche den Darm stark reizt. Bei den Eissyphons wird die Gas- und Flüssigkeitswirkung combinirt, und der Erfolg ist oft ganz eclatant. N. warnt vor Eisklystieren, wenn der Darm schon morsch und brüchig ist, wenn die innere Verschliessung schon längere Zeit gedauert und der Darm an der stenosirten Stelle vielleicht schon gangränös ist, da tritt häufig das Gas in die Peritonealhöhle, wie man sich durch Sectionen zu wiederholtenmalen überzeugt hat. In einem Falle, in welchem das Hinderniss oberhalb der Bauhin'schen Klappe sass, sah N. von einer Klystier mit 8%iger Kochsalzlösung guten Erfolg.

N. sah bei Kaninchen, nach einer Kochsalzinjection eine Invagination sich lösen, er empfiehlt daher Kochsalzklystiere. Namentlich hätte diese einen Werth bei der Obturation des Darmes durch Kothmassen.

Ein äusserst wichtiges Mittel und eine sehr wichtige Indication wird bei der Behandlung des Ileus durch das Opium erfüllt. Bei jedem acut und plötzlich auftretenden Schmerze im Unterleibe, bei welchem man nicht sofort und unmittelbar weiss, was es sei, ist eine Opium- respective eine Morphiuminjection niemals schädlich. Es kann nicht immer nützen, aber jedenfalls schaden wird es nicht. Aber in vielen Fällen leistet dieses Mittel Wunderdienste, ob es eine acute Peritonitis ist, oder eine gewöhnliche Kothstauung oder eine Enteralgie, oder eine Stenose des Darmes oder sonst dergleichen. Die allzu stürmische Peristaltik wird geringer oder durch dasselbe gänzlich sistirt. Was die Art der Darreichung dieses Präparates anbelangt, so muss man, wenn man irgend einen Erfolg erzielen will, dasselbe in grossen Dosen geben, stündlich mehrere Centigramm, so dass der Kranke in einem Tage $^1/_2$—1 g Opium bekommt. Am besten gibt man das Opium selbst, nur wenn es zum Brechen reizt, ist es durch Morphium zu ersetzen.

Durch die Darreichung des Opiums wird auch der Kollaps bekämpft. Selbstverständlich ist hier besondere Vorsicht geboten. Indem man dem Kranken die Schmerzen wegnimmt, wird zugleich ein wichtiges Symptom für die Beurtheilung der Situation entfernt und es kann geschehen, dass bei Sistirung

der subjectiven Beschwerden der objective Zustand des Kranken sich verschlimmert und der Arzt dadurch irregeführt wird.

Wichtig ist weiter bei Ileus die vollständige Abstinenz von Nahrung. Man lässt die Kranken nur Eisstückchen schlucken, gibt ihnen etwas flüssige Nahrung in den Mund und lässt sie dann auch diese wieder ausspucken.

Diese Verfahren sind diejenigen, welche nach N. der internen Medicin dem Ileus gegenüber zur Verfügung steht. Absolute Abstinenz von Nahrung, ferner Anregung der Peristaltik von unten, Verhinderung derselben von oben, absolute Vermeidung von Abführmitteln.

Von den anderen Methoden, die von dem Einen oder Anderen angewendet werden, lohnt sich kaum eine zu besprechen. Die Magenausspülung ist ein harmloses Mittel und kann versucht werden. Schädlich ist die Anwendung der Massenklystiere. Diese sind ein ausgezeichnetes Mittel gegen Kothstauung gewöhnlicher Art, aber nicht gegen Ileus. Die Resultate mit der Elektricität sind so dürftig, dass man sie ganz streichen kann. Das Wichtigste bei der Behandlung des Ileus fällt in das Gebiet der Chirurgie, das ist die operative Behandlung des Ileus. **(Int. klin. Rundschau.)**

Ueber Lungenentzündung. Originalmittheilung von Dr. Oppenrieder, prakt. Arzt, Rügland. Die Abhandlung des Herrn Prof. Mosler in No. 5 des prakt. Arztes veranlasst mich, auch ein Scherflein zu diesem Thema beizutragen.

Im Jahre 1887 und 1888 waren in meinem Bezirke Lungenentzündungen auffallend häufig, doch verliefen nur ca. 5% letal. Auffallend aber war das Auftreten der Pneumonie in einem kleinen Oertchen 3/4 Stunden von hier. Bei einem Bauern erkrankte zuerst der Grossknecht an einer schweren rechtsseitigen Pneumonie, die typhösen Character aufwies. Kaum war er genesen, resp. in Reconvalescenz, so erkrankte die Magd, die ihn fast ausschliesslich gepflegt hatte, ebenfalls an Pneumonie und zwar mit schmerzhafter trockner Pleuritis verbunden. Kurz darauf folgte auch der Kleinknecht mit einer leichteren Pneumonie des l. o. Lappens. Im Nachbarhaus lag eine schon ältere Frau schwer an Pneumonie darnieder mit Temperaturen von 40—40,6 und dick belegter, rissiger Zunge. Doch auch sie genas nach 3 Wochen, war aber längere Zeit mit Husten und eitrigem Auswurf behaftet. Eine nochmalige leichtere Pneumonie machte sie gut durch. In einem Hause weiter erkrankte die Tochter an rechtsseitiger Pneumonie und Pleuritis sicca schwer, genas aber. Ihr Oheim folgte mit einer linksseitigen Pneumonie nach. Unerwartet trat bei diesem der Tod ein, nachdem die Temperatur zur Norm zurückgekehrt war. Auch noch in den andern Häusern des Ortes trat Pneumonie auf, verlief aber mild.

Gemeinsam war bei den oben erwähnten Patienten, das späte Auftreten blutigen Sputums. Dasselbe kam oft erst am 6. Tage zum Vorschein. Ebenso war fast allen Erbrechen im Beginne und schwere gastrische Störung gemeinsam.

Die Behandlung war folgende. Digitalis Infus mit Cognac. Eis- resp. kalte Wasserumschläge. Bei den älteren Leuten gab ich im Verlauf der Pneumonie bis zu 4,0 fol. Digital. Wein ca. 250,0. Narcotica gab ich trotz starken Hustens und Stechens nicht, da ich im Beginn meiner Praxis die Erfahrung gemacht hatte, dass alle Patienten, denen ich bei Pneumonie etwas Morphium gab, starben. Obwohl eine Untersuchung der Sputa auf Microben nicht gemacht wurde, glaube ich doch bei den angeführten Fällen eine ansteckende Form der Pneumonie annehmen zu müssen, wenn sie auch zwar schwer aber doch mit einer Ausnahme gut verlief.

III. Chirurgie-, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Wie entstehen Brüche? Ist ein Unterleibsbruch als Unfall zu betrachten? von Geh. Med.-Rath W. Roser. (Marburg Elwert'sche Verlagsbuchhandlung 1889.) Die Lehre von den Ursachen der Unterleibsbrüche hat durch das Unfall-Gesetz eine früher nicht geahnte Wichtigkeit erhalten. Wenn ein Fabrikarbeiter angiebt, er habe sich bei der Arbeit einen Bruch zugezogen, und hierauf eine Entschädigungsforderung begründet, so wird natürlich von dem Fabrikarzt ein Zeugniss hierüber verlangt, und es hängt dann öfters nur von diesem ärztlichen Zeugniss ab, ob die Entschädigung von der Genossenschaft gewährt wird oder nicht. Wird die Forderung von dem Genossenschafts-Vorstand oder von dem Schiedsgericht abgelehnt, so kommt die Sache häufig an das Reichsversicherungsamt. Das Reichsversicherungsamt hat endgültig zu entscheiden. Es sind nun aber, wie z. B. aus den Rekurs-Entscheidungen von 1886 (No. 12, 19, 51, 75) hervorgeht, manche dieser Entscheidungen zum Nachtheil der Genossenschaften und zu Gunsten schlechtbegründeter Ansprüche der Bruchkranken ausgefallen; das Reichsamt hat sich demnach, wie R. scheint, durch die alterthümliche und von der Wissenschaft längst widerlegte Vorstellung allzusehr leiten lassen, wonach die Brüche in Folge von körperlicher Anstrengung oder äusserer Gewalt entstehen sollen.*)

*) Bei dem Fall Nr. 12 der Rekurs-Entscheidungen von 1886 heisst es S. 14: »Zur Erhebung der von der Rekursklägerin in dieser Beziehung angetretenen Beweise (durch ärztliche Sachverständige) lag ein Anlass nicht vor.« Bei Fall 19 steht sogar S. 19: »Zur Erforderung eines Obergutachtens liegt daher keine Veranlassung weiter vor, mal dies der Gerichtshof auch ohne Gutachten selbst zu beurtheilen mag.«

Wenn es einem Arbeiter gelingt, sich durch die unwahre Behauptung, dass er bei der Arbeit einen Bruch bekommen habe, eine lebenslängliche Rente zu verschaffen, dann wird dieses Beispiel leicht verführend auf andere Arbeiter einwirken, und so kann es kommen, dass das Unfallgesetz in manchen Kreisen geradezu einen demoralisirenden Einfluss gewinnt.

Die Genossenschaften suchen Hülfe gegen jene Entscheidungen, welche für ihre Finanzen sehr viel Schaden bringen können, und die Bitte einer Genossenschaft, sie vor solchen Entscheidungen schützen zu helfen, veranlasst die nachfolgende Darstellung über die Entstehungsweise der Brüche und über die Frage, ob ein Unterleibsbruch als Unfall betrachtet werden darf.

»Alle Sachverständigen wissen, dass man einen Bruchsack an sich haben kann, ohne es wahrzunehmen. Die Personen, welche einen Bruch plötzlich bekommen zu haben meinen, schliessen mit Unrecht aus der Empfindung, welche ihnen die plötzliche Anfüllung oder Ausdehnung ihres schon länger bestehenden Bruchsacks erzeugt hat, auf die plötzliche Entstehung des Bruchs.«

Zur Bestätigung dieses Satzes, wie ihn R. schon seit 1840 und 43 aufgestellt hat, führt er eine Menge von Aussprüchen der sachverständigen Collegen aus älterer und neuerer Zeit an. (conf. das Original.)

Alle diese Citate stützen seinen Satz: Man hat immer einen vorgebildeten, in der Regel einen angeborenen Bruchsack anzunehmen, wenn Jemand behauptet, dass er seine Bruchbeschwerden bei der Arbeit plötzlich bekommen oder den Bruch gleich nach einer Anstrengung an sich wahrgenommen habe. So z. B. in dem viel nacherzählten Fall, wo ein Beamter, der schon die Uniform angezogen hatte, um in die Sitzung zu gehen, noch schnell auf den Abort eilt, um sich vorsorglich zu entleeren, und sich bei ungeduldigem Pressen zwei Leistenbrüche hinausgedrückt haben soll. Der Mann mag wohl eine kleine Anfüllung seines Leistenkanals schon lange gehabt und sie erst damals, bei stärkerer Spannung, wahrgenommen haben. Ebenso wird es sich verhalten haben in dem sehr bemerkenswerthen Fall, von welchem Prof. Linhart in seinem Werk über die Brüche S. 109 berichtet: ein Mann, der seit sechzehn Jahren die Stelle eines Bereiters versah, bekam beim Vorwärtsneigen auf seinem sich bäumenden Pferd plötzlich eine beiderseitige Brucheinklemmung. Es waren zwei äussere Leistenbrüche, von denen der Mann bisher nichts an sich bemerkt hatte. Beide mussten sogleich operirt werden und zeigten sich bei der Operation, da der Hoden mit im Bruchsack lag, als unzweifelhaft angeboren. Bei einem Fall dieser Art wird kein Sachverständiger das Angeborensein des Bruchsacks bezweifeln; aber es ist denkbar, dass e

dem Moment der besonderen Anstrengung, als sich eben eine kleine und zufällig leere Darmschlinge vor dem Hals des Bruchsacks oder dem Leistenring befand, ein solcher Darmtheil in den Sack hineinschlüpfte. Man wird dann die Meinung aufstellen können, dass ohne diese besondere Anstrengung und ohne das zufällige Anliegen einer leeren Darmschlinge der Bruchsack sich vielleicht niemals angefüllt haben würde und demnach zeitlebens unschädlich und unbemerkt geblieben wäre. Man würde aber auch zu dem Ausspruch berechtigt sein, dass der in Erweiterung begriffene Bruchsack vielleicht am nächsten Tage schon beim Husten oder Niesen sich hätte anfüllen können. Wenn wir nun bei einem solchen Falle drei concurrirende Ursachen, drei zusammenwirkende Momente anzunehmen haben, so wird die Frage, welche Ursache die wesentliche sei, schwer mit voller Bestimmtheit zu beantworten sein. Immer aber wird man betonen müssen, dass die erste und nothwendigste Bedingung zum Vortreten eines Bruchs, die Bruchsackbildung, nicht zu den Unfällen gerechnet werden darf.

Immerhin wird man zugestehen können, dass es Fälle von Bruch giebt, bei welcher sich der Bruchsack im Moment einer besondern Anstrengung füllte, oder, wo von diesem Moment an die Einklemmung drohte, der Betroffene also zum Tragen eines Bruchbands genöthigt war und sich zur Entschädigung für den Bruchschaden berechtigt halten mag. Der Vorschlag von Prof. Socin, bei solchen Fällen, wenn eine Concurrenz mehrerer Ursachen anzunehmen ist, ein theilweises Entschädigungsrecht gesetzlich zu bestimmen, also eine theilweise Entschädigung zu gewähren, würde wohl der Billigkeit entsprechen, wenn es auch den Rechtsgelehrten unbequem und unpraktisch vorkommen möchte.

Die Entstehung eines Bruchs durch allmählige Dehnung und Vortreibung einer Stelle der Bauchwand, z. B. am Nabel, kann nicht bestritten werden, aber es ist nicht gerechtfertigt einen solchen Bruch, wie schon öfters geschehen, als Unfall darzustellen. Eine Anzahl solcher Brüche beruhen auf örtlicher Fettknotenbildung; der Fettknoten drängt sich bei seinem Zunehmen hervor, gleitet allmählig weiter heraus und zieht das Bauchfell als Bruchsack hinter sich her. Dass diese Art der Verziehung sehr häufig vorkommt, hat B. in Uebereinstimmung mit mehreren der angesehensten anatomischen Forscher, (Cloquet, Cruveilhier, Linhart u. A.) gezeigt, und erst kürzlich noch wurde diese Frage in seinem »offenen Brief an Herrn Prof. Socin« (im chirurgischen Centralblatt 1888, No. 22) näher erläutert. Jene Fettbruchbildung wird Niemand als Unfall darstellen wollen. Eine andere Art von Brüchen, die auf allgemeinem Fettwerden beruht, kann wohl noch weniger zu den Unfällen gerechnet werden.

Es sind diess die grossen Nabel- und Bauchbrüche, die auf Dehnung und Verdrängung der Muskelzwischenräume durch die Fettmassen beruht. Sie sind allen Aerzten als Resultat des Fettwerdens bekannt. Für den angeborenen Leistenbruch hat B. die Thatsache nachgewiesen (Herniologische Streitfragen, Marburg 1887, S. 10), dass manche Leistenbrüche, die sogar den Hoden enthalten, erst beim Fettwerden zum Vorschein kommen. Ich habe die Erfahrung mitgetheilt, dass vier Männer, welche anscheinend bruchfrei den deutsch-französischen Krieg 1870 — 71 mitgemacht hatten, erst gegen das vierzigste Jahr, bei auffallendem Fettwerden, einen Leistenbruch, der die unverkennbare Eigenschaft eines angeborenen Bruches (Offenbleiben des Scheidenhautkanals) hatte, an sich wahrnahmen. Aber auch das Magerwerden, besonders nach vorausgegangener reichlicher Fettbildung, kann einen Bauchbruch mit sich bringen; es leuchtet ein, dass beim Schwinden des Fetts eine Erschlaffung, sogar eine Lückenbildung zwischen den Bauchmuskeln entstehen und in den frei gewordenen Raum eine Vortreibung des Bauchfells stattfinden kann. Aber alle diese allmählig entstehenden Vortreibungen können doch, wie es ja schon der Sprachgebrauch lehrt, nicht zu den Unfällen gerechnet werden. Ebenso wenn ein Mann im Alter, bei zunehmender Erschlaffung und Abmagerung der Bauchwand, einen inneren Leistenbruch bekommt (bekanntlich entstehen die inneren Leistenbrüche fast nur bei alten Männern), so wird es nicht erlaubt sein diesen Bruch von der Arbeit abzuleiten, sondern man wird eher das Alter und die im Alter allmählig zunehmende Abmagerung und Erschlaffung der Bauchwand als Ursache annehmen müssen.

(Schluss folgt.)

Ueber die Ursachen der örtlichen Krebs - Recidive nach Brustdrüsen-Amputation. Dr. Heidenhain (Berlin) hat 18 vom Professor Küster amputirte krebsige Brüste mikroskopisch untersucht, um die Frage zu lösen, ob und wo in der Wunde Reste der Drüse oder der Neubildung zurückgeblieben seien, aus welchen dann die Recidive hervorzugehen vermögen. In 12 Fällen war es ihm möglich, ein Recidiv in der Narbe oder deren Umgebung auf Grund seiner Befunde vorher zu sagen, weil sich nachweisen liess, dass Theile der Drüse oder der Neubildung in der Wunde zurückgeblieben waren. Von diesen 12 Kranken ist 1 verschollen und 8 sind bereits an Recidiven erkrankt oder gestorben. In 6 anderen Fällen konnte Heidenhain eine bleibende Heilung diagnosticiren, weil bei diesen die Operation alles Kranke wirklich radical entfernt hatte. Diese 6 Operirten sind auch bisher gesund geblieben. — Die Recidive rühren fast ausnahmslos daher, dass nur mikroskopisch wahrnehmbare Reste der Drüse

der Neubildung auf der Oberfläche des Musculus pectoralis major zurückbleiben. Diese Oberfläche wird gedeckt durch die Fascia pectoralis, welche aber sehr dünn und in ihren Grenzen, namentlich bei fettreichen Frauen, so unbestimmt ist, dass es oft selbst bei präparirendem Vorgehen nicht möglich wird, dieselbe vom Muskel abzulösen, ohne dass Bindegewebe-Reste auf diesem zurückbleiben, wenn man nicht durchweg im Muskel selbst die Trennung vornimmt. Bei mageren Frauen liegt die Mamma in toto dem Muskel fest auf, bei fetten finden sich meist zwischen Drüse und Muskel der Fascie anhaftende Drüsen-Läppchen so, dass bei Amputation oberhalb des Muskels sehr leicht einige Theilchen der Drüse zurückbleiben. Jede Brustdrüse, in der sich ein Krebs-Knoten befindet, ist in sehr weitem Umfange vielleicht in toto erkrankt. Heidenhain stellt diese Behauptung wieder auf Grund seiner mikroskopischen Praeparate auf, indem er fand, dass in der ganzen Brustdrüse die Epitelzellen der Acini proliferiren, während gleichzeitig eine periacinöse Bindegewebe-Wucherung Statt hat. Vielleicht geht aus solchen proliferirenden Acinis, die in der Wunde zurückbleiben, ein Theil der Spätrecidive hervor. Im retromammären Fette verlaufen, gewöhnlich neben Blut-Gefässen, von der Brustdrüse zur unterliegenden Fascie Lymph-Gefässe und Letztere fand Heidenhain in $^2/_3$ seiner Fälle erfüllt mit Krebs-Metastasen. Auf diesem praeformirten Wege durchdringt die Epitel-Wucherung auch dicke Fett-Schichten bis zum unterliegenden Muskel, so dass in der Regel auch vollkommen frei bewegliche Carcinome mikroskopisch schon bis zur Muskel-Oberfläche reichen. Wirklich erkrankt findet man den Pectoralis major selbst erst dann, wenn ein metastatischer Krebs-Knoten von der Fascie her in ihn einbricht, oder wenn der Haupt-Tumor ihn auf dem Wege continuirlicher Wucherung ergreift. Wahrscheinlich verbreitet sich dann der Krebs auch im Muskel zunächst auf dem Lymph-Wege, indem bei seinen Contractionen die Epithel-Zellen mit dem Lymph-Strome weiter verschleppt werden. Die praktischen Folgerungen, die Heidenhain aus diesen eben mitgetheilten mikroskopischen Befunden zieht, sind vielleicht dazu berufen, die Resultate der Mamma-Amputation bezüglich der dauernden Heilung zu bessern. Er verlangt nämlich bei auch vollkommen freibeweglichen Carcinomen nicht nur die ganze Drüse zu entfernen, sondern jedes Mal auch eine zusammenhängende Schicht der gesammten Oberfläche des Pectoralis major mitfortzunehmen, bei mit diesem Muskel verwachsenen Krebsen aber eine typische Totalexstirpation des Pectoralis major vorzunehmen und zwar der Art, dass womöglich auch nicht eine Faser dieses Muskels zurückbleibt.

(Münchener med. Wochenschr. 1889. 19.)

Ueber den Einfluss des elektrischen Lichtes auf die Augen. M. Gould hat hierüber in den »Medical News« vom 8. Dezember v. Js. ausführliche Beobachtungen veröffentlicht und deren Ergebnisse selbst in folgende Sätze zusammengefasst. 1. Das elektrische Licht ist die Beleuchtungs-Methode der Zukunft und ist in hygienischer Beziehung dem Gas-Lichte in jeder Beziehung vorzuziehen. Das Publikum muss darauf sehen, dass in allen Vereins-Sälen, Theatern, grösseren Hallen, Kirchen, Lesezimmern u. s. w. nur diese Beleuchtung Anwendung findet. 2. Das Vorurtheil des Publikums gegen die elektrische Beleuchtung ist nicht gerechtfertigt. Nachtheile haben sich bis jetzt nur bei wissenschaftlichen Beobachtern, bei den mit elektrischem Lichte beschäftigten Arbeitern eingestellt, welche längere Zeit und sehr nahe ohne Schutz durch gefärbte Brillen-Gläser ihre Augen diesem Lichte ausgesetzt haben. Das Bogen-Licht ist in geschlossenen Räumen durch Flackern unbequem und steht in dieser Anwendung dem verbesserten Edison'schen Glühlichte nach. 3. Die Nachtheile für das Auge bestehen nicht in dem Vorwiegen der chemischen violetten oder ultravioletten Licht-Strahlen, sondern in der grösseren Intensität der Licht-Wellen. 4. Die Symptome der Augen-Affection bestehen in zeitweiser, vorübergehender Netz-Haut-Lähmung, Blepharospasmus, centralen Skotomen, Chromatopsie und Nachbildern. Innerhalb 24 Stunden tritt intensive Photophobie, Thränen-Fluss, Augen-Schmerz, die Empfindung des Vorhandenseins von Fremdkörpern zwischen den Augen-Lidern und Congestion und Hyperaemie der Bindehaut ein. 5. Die Affectionen der Augen bei den erwähnten Personen dauern 2—3 Tage, geben eine gute Prognose und sind durch Cocain- wie Atropin-Einträufelungen und durch lauwarme Wasser-Compressen leicht zu beseitigen. 6. Arbeiter und wissenschaftliche Experimentatoren, welche längere Zeit und in der Nähe sich mit elektrischem Lichte beschäftigen, müssen stets gefärbte Brillen-Gläser tragen. In Schmelzwerken müssen die Fabrikanten Fürsorge treffen, dass dies geschieht, und zugleich darauf achten, dass die Arbeiter das Gesicht, den Hals und die Hände der Einwirkung des elektrischen Lichtes nicht aussetzen, sondern diese Theile durch geeignete Bekleidung schützen.

(Med. Neuigkeiten.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Heisse Ausspülungen von 40° R. post partum. (Centralbl. f. Gynäcol. No. 22, 1889.) Von Dr. Deipser (Meiningen). Von den Gynäcologen vertritt ein Theil die Ansicht dass nach einer Geburt, welche häufigeres Untersuchen o

operative Eingriffe nicht erforderte, gar nichts geschehen soll und nur bei solchen Entbindungen, welche den Verdacht erwecken, dass eine Infection stattgefunden, Ausspülungen vorzunehmen seien. Welches Desinficienz zu wählen sei, ob Carbolsäure, ob Sublimat oder endlich Creolin, darüber besteht keine Einigung.

Nach D. ist dabei das einzig Missliche der Umstand, dass man unmittelbar nach der Entbindung gar keine objectiven Zeichen habe für eine eingetretene Infection, da, das häufige oder weniger häufige Untersuchen als Wahrscheinlichkeitsgrund für oder gegen Infection zu verwerthen, nicht berechtigt sei, während demgegenüber der Arzt der etwa gleich nach der Geburt an ihn gerichteten Frage gegenüber, ob eine Wochenbetterkrankung zu gewärtigen ist, in der misslichen Lage ist, die Umgebung auf den 3. oder 4. Tag zu vertrösten, um dann im besonderen Falle constatiren zu können, dass übelriechende Lochien, Schmerzhaftigkeit des Uterus und Fieber vorhanden sind. Wenn nun auch jetzt noch die locale Behandlung die Hauptsache sei, so werde gleichwohl sich ihm der Gedanke aufdrängen, dass er zu spät kommt, dass er erst eingreift, nachdem der ganze Körper inficirt ist.

Hiernach muss man dem radicalen Theile der Aerzte Recht geben, die — ähnlich wie bei der Behandlung der Augen aller Neugeborenen mit 2pctgr. Höllensteinlösung — meinen, es sei das Beste, nach jeder Entbindung Ausspülungen mit einem desinficirenden Mittel vorzunehmen. Allerdings kommt hierbei das Bedenken in Betracht, ob die anzuwendenden Mittel nicht Schaden stiften.

Der geplante Zweck, d. h. beginnende Infection wirksam zu coupiren, lässt sich nun nach D. folgendermassen in nahezu vollkommener Weise erreichen, ohne Nachtheile mit in den Kauf nehmen zu müssen:

»Nach jeder Entbindung, bald nach Entfernung der Nachgeburt, und sodann 6 Tage lang täglich einmal wird eine Ausspülung von 1 Liter 40° R. heissen Wassers vorgenommen, bei untergeschobenem Steckbecken und abschüssiger Lage des Oberkörpers.«

1) Der Forderung, welche die Neuzeit an ein Desinficienz stellt, ist nach D. insofern genügt, als die Temperatur des Wassers höher ist, als wie sie zur Vermehrung von den Bacterien vertragen wird. Wenn sie auch nicht alle Sporen vernichtet, so habe man einmal es auch hier nicht mit solchen, wie beim Experiment z. B. des Milzbrandes zu thun, sodann besorge dies auch kein anderes Desinficienz und schliesslich lege er grossen Werth darauf, dass durch den Strahl der Spülflüssigkeit von der Schleimhaut Blutgerinnsel sammt fremden Bestandtheilen auf die einfachste Weise aus dem Körper geschafft werden. — Beim Gebrauch der seitherigen antisep-

tischen Lösungen nehme man gewöhnlich das Wasser von der Temperatur des Blutes; das sei im besonderen Falle geradezu gefährlich wegen der Erschlaffung des Uterus. Ganz anders verhalte es sich mit Wasser von 40° R. Dasselbe sei ein kräftiger Reiz zur Zusammenziehung des Uterus oder gegen die zu schwache Wehen angewendet. Wenn diese Indicationen hier nicht gegeben seien, so sei bei der Möglichkeit einer Infection eine kräftige Contraction gewiss kein Fehler, wie man doch bei beginnendem Puerperalfieber mit Erfolg Secale cornut. gebe. — Die dabei heftiger auftretenden Nachwehen übersteigen dabei allerdings nicht selten ein mittleres Maass, doch in diesen Fällen helfen nach D. 1—2 Dosen Antipyrin 0,25.

2) Die Methode ist ungefährlich und jeder Zeit anzuwenden, denn in Folge der abschüssigen Lage der Wöchnerin werde ein Theil des heissen Wassers den im Anfang noch offenen Cervix passiren und auch die Uterushöhle ausspülen. Dies sei aber nicht ein gefürchteter Umstand, sondern geradezu erwünscht. Einmal wurden die offenen Blutgefässe durch den kräftigen Reiz direct und durch die Contraction der Gebärmutter indirect zum Verschluss gebracht und seien dadurch ungeeignet, Infectionsmaterial dem übrigen Körper zuzuführen. Zweitens würden auf diese Weise noch Placentartheile, z. B. nach Abortus, aus dem Uterus entfernt, die vielleicht Böses anstellen konnten. Beiläufig bemerkt D., dass Sublimatausspülungen in der hier geforderten, also abschüssigen Lage, wegen Retention leichter eine Intoxication hervorrufen hönnen, als in einer Lage, bei welcher die Spülflüssigkeit leicht abfliessen kann.

3) Die Hebamme kann mit den Heisswasserauspülungen keinen Schaden stiften. Die Temperatur vernichtet nach D. sogar Schädlichkeiten, die im Wasser oder im Irrigator sich allerdings nicht vorfinden sollten, aber doch nicht blos angenommen sind.

D. hat diese Methode oft angewendet und noch keine Enttäuschung erfahren.

Während bekanntlich das Wasser von 40° R. von Frauen in der Scheide nicht lästig empfunden wird, ist dies dagegen beim Ausfliessen an den äusseren Weichtheilen der Fall, weshalb man gut thut, letztere mit Vaseline zu bestreichen, und den Strahl öfters zu unterbrechen.

Ueber Lebercirrhose bei Kindern. Von E. Henoch (Charité-Annalen 1888.) Im Anschluss an einen Fall von Lebercirrhose bei einem 10jährigen Mädchen bespricht H. die infantile Cirrhose.

Laure und Honorat bringen ein Material von 51 Fällen von Leberverhärtung im Kindesalter mit Ausscheidung der auf Syphilis beruhenden Processe. Es ist jedoch kein Grr-

vorhanden, die letzteren auszuschliessen, da abgesehen von den gummösen Affektionen, Lebersyphilis besonders bei hereditärer Lues dieselben anatomischen Charaktere darbietet, wie die nicht luetische Cirrhose. Es übernimmt eben im Kindesalter für die Aetiologie der Lebercirrhose die Syphilis die Rolle, welche bei Erwachsenen der Alkoholmissbrauch spielt. Doch haben Birch-Hirschfeld, Demme u. A. auch für das Kindesalter Alkoholcirrhosen beschrieben.

Eine weitere Ursache für die Leberverhärtung im Kindesalter ist die chronische tuberkulöse Peritonitis. Man hat aber auch ohne das Vorhandensein einer Peritonitis interstitielle Tepatitis mit Granulationsbildung an der Leberoberfläche bei Huberkulösen gefunden.

Auch die von Charcot, Gombault und Hannot beschriebene biliäre, hypertrophische Cirrhose muss man, wie bei Erwachsenen, im Kindesalter berücksichtigen, wobei übrigens nach den Untersuchungen von Litten fraglich erscheint, ob wirklich die Gallenstauung, wie jene Autoren meinen, das ätiologische Moment für jene Formen der interstitiellen Hepatitis abgibt.

Endlich kommen für die Aetiologie der Lebercirrhose die Infektionskrankheiten in Frage. Aus der dieselben häufig begleitenden parenchymatösen Hepatitis kann in seltenen Fällen zunächst die hypertrophische und ausser dieser die atrophische Cirrhose sich entwickeln.

Auffallend ist das häufige Fehlen von Ascites bei der Leberverhärtung im Kindesalter. H. glaubt, dass die Milz und die Magen- und Darmvenen als Reservoire für die verödeten Portalgefässe vikariirend eintreten. Denn auch in dem mitgetheilten Falle fand sich ein enormer Miztumor, so wie starke Hyperämie der Magen- und Darmschleimhaut.

Zum Schluss erwähnt H. die gegen das Ende der Krankheit in dem mitgetheilten Falle beobachteten Symptome, Palpitationen, Oedeme, Präcordialschmerz, systolische Geräusche, welche Erscheinungen bei Lebercirrhose bereits von französischen Autoren beobachtet wurden. Die Symptome werden durch Sektionsbefund nicht erklärt.

Verschiedenes.

Dr. Vuillet empfiehlt die **antiseptische Anwendung des Salols** in Form von Wattetampons bei Uterusleiden; die Dr. v. Creyz und Jarry wenden zum Verband von fungösen Geschwüren im Coll. uter. und bei Vaginit. ein Streupulver aus gleichen Theilen Salol und Amylum an.

Zum Einpinseln von wunden Brustwarzen empfehlen dieselben

folgendes Kollodium: Salol 4,0 in reinem Aether 4,0 gelöst und mit Collod. elast. 80,0 gemischt.

Als weitere Formeln zur Anwendung von Salol werden noch angegeben:

Unguentum Saloli:
Rp. Saloli 4,0
Vasel. alb. 30,0
M. f. ungt.

Linimentum Saloli contra combustionem:
Rp. Ol. olivar 60,0
Saloli 10,0
Aq. calcis 60,0
M. f. linimentum.

Suppositoria Saloli:
Rp. Ol. cacao 40,0
Cer. alb. 3,6
Saloli 10,0
M. divide in X supposit.

Elixir dentifricium:
Rp. Saloli 3,0
Spirit. (90%) 150,0
Ol. anis. stell.
Ol. geran. ana 0,5
Ol. menth. pip. 1,0
M.

(Journ. de Pharm. et de Chimie. — Deutsch. Med. Zeitg.)

Chromsäure gegen Fussschweisse. Die Med.-Abtheilung des preussischen Kriegsministeriums hat im Jahr 1888 Versuche mit Chromsäure bei Fussschweissen angeordnet und erstattet nun über mehr als 10,000 derart behandelte Fälle Bericht.

Die Application geschieht am Besten durch Auftragen einer 5%-Lösung mittelst eines Haarpinsels; ein Fussbad wird vorausgeschickt und der Fuss erst gründlich abgetrocknet. Die Wirkung der Säure besteht darin, dass die Haut zunächst derber und widerstandsfähiger wird. Die feuchten und gerötheten Stellen bekommen ein glattes, trockenes Aussehen. Der unangenehme Schweissgeruch verschwindet bald. In vielen Fällen genügte eine einmalige, meist eine 3—4malige Bestreichung mit dem Mittel, um anhaltende Besserung zu erzielen. Wo die Heilung nicht eine definitive war, wurde erst die Abstossung der derben Haut abgewartet, das nach 14 Tagen geschah, und sodann Chromsäure auf's neue aufgepinselt. Sofort nach dem Einpinseln wurde die Marschfähigkeit des Patienten bedeutend gehoben.

Bei Gebrauch von 10%-Lösung sah man gewöhnlich keinen bessern oder raschern Erfolg, wie bei 5%-Lösung.

Behandlung der Warzen, besonders der Verrucae aggregatae. Altschul empfiehlt gegen die sehr hartnäckige Affection die von Unna angegebene Salbe von Unguentum cinereum mit einem Zusatz von 5—10% Arsenik. Die Salbe wird auf Mull gestrichen und auf die Warzen mittelst Binden fixirt. Schliesslich werden Theereinpinselungen applicirt. Intoxicationen sind keine zu befürchten, wenn man die Salbe fortlässt, sobald Excoriationen entstehen.

Theodor v. Jürgensen, Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie; mit besonderer Berücksichtigung der Therapie für Studirende und Aerzte. II. Auflage, Leipzig, Veit & Comp. 1889.

Vor uns liegt die zweite Auflage dieses vortrefflichen Buches. Erweiterungen einiger in der ersten Auflage zu kurz behandelter Abschnitte, z. B. der Peritonealtuberkulose, und gänzlich neue Abschnitte weist sie auf. So sind die Thomsen'sche Krankheit, die centrale Kinderlähmung, die Lähmungen der Kopfmuskeln aufgenommen, auch die kryptogene Septikopyämie, und zwar wesentlich nach eigenen Beobachtungen. Diese wie alle anderen Kapitel sind durch präcise, mustergiltige Darstellung ausgezeichnet. In seltener Weise wird der Leser durch die Lektüre dieses Lehrbuches gefesselt, durch die Eigenartigkeit der Auffassung zum Nachdenken angeregt. Die langweilig sich hinziehende Darstellungsweise mancher Lehrbücher vergangener Zeiten ist darin auf sehr glückliche Art vermieden. Und doch ist bei all' der Präcision und Kürze, die der Verfasser sich auferlegte, alles Wichtige in klarer Form mitgetheilt.

Hervorzuheben ist die Einrichtung, den einzelnen grösseren Abschnitten ein Kapitel vorauszuschicken, in dem Allgemeines d. h. in grossen Zügen die wichtigsten Momente der Physiologie und allgemeinen Pathologie der betreffenden Organgruppe (z. B. Funktionsstörungen der sensiblen Nerven im Allgemeinen, Allgemeines über Infektionskrankheiten etc.), auch daran sich knüpfende allgemeine therapeutische Maassnahmen abgehandelt werden.

Die Anordnung des Stoffes ist dieselbe, wie in der ersten Auflage. Es gehen voran die Krankheiten des Nervensystems, sodann folgen die Blutkrankheiten und die allgemeinen Ernährungsstörungen, ferner Infektionskrankheiten, worin auch Syphilis und Tuberkulose Platz finden, fernerhin Krankheiten der Kreislaufsorgane, der Athmungswerkzeuge, ferner des Mundes, Rachens, des tractus intestinalis, des Bauchfelles, der Leber und Gallenwege, der Milz, der Harnwerkzeuge, der männlichen Geschlechtsorgane und endlich der Haut. In wünschenswerther Vollständigkeit ist das Gesammtgebiet der speciellen Pathologie und Therapie demnach abgehandelt. Wohlthuend berührt die harmonische Durcharbeitung des Gesammtstoffes; überall ist dem Fortschritt unseres Wissens, auch in dem therapeutischen Theile sorgfältig Rechnung getragen.

Es ist dies Lehrbuch nicht nur Medicin Studirenden zur ersten Orientirung und Einführung in die medicinische Klinik aufs Wärmste zu empfehlen, auch zum Weiterstudium für Aerzte ist dasselbe der oben erwähnten Vorzüge wegen sehr geeignet, zumal die Therapie besondere Berücksichtigung darin gefunden hat.

Der Verlagshandlung gebührt unser Dank für viele in der II. Auflage gebrachten Vervollkommnungen und Belassung des ursprünglichen Preises von 15 Mark.

Verleger: G. Rathgeber in Wetzlar.
Redacteur: Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Gedruckt bei Ferd. Schnitzler in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 7. XXX. Jahrgang. Juli, 1889.

Diese Zeitschrift erscheint monatlich zu 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Verlagshandlung** zu richten.

Inhalt:

Karbolsäure gegen Diphtheritis; Originalartikel von Dr. Klingelhöffer in Hausenstamm. — Zur Giftwirkung des Kali chloricum. Beobachtungen über Calomel als Diureticum und Hydragogum. Karlsbader Wasser und Karlsbader Salz. — Ueber acute Pankreatitis. Ueber die Magenfunction bei Tuberculose. Die Contraindicationen der Suspensionsbehandlung. — Wie entstehen Brüche? (Schluss). Ueber die Jodoformbehandlung der tuberculösen Abscesse, insbesondere der spondylitischen Senkungsabscesse. — Ueber die Frage der puerperalen Selbstinfection. — Behandlung der Sycosis vulgaris. Antifebrin bei Angina. Zur Unterdrückung des Singultus.

Karbolsäure gegen Diphtheritis.

Von Dr. Klingelhöffer in Hausenstamm.

Sind auch die gegen Diphtheritis empfohlenen Mittel, wie man oft liest, keine Legion, so repräsentiren sie doch eine recht stattliche Anzahl. Während von einer Seite ein Mittel aufs Wärmste empfohlen wird, versagt es bei Anwendung von anderer Seite seine Wirkung. — Woher kommt dies? Bei der einen Epidemie scheint das angewandte Mittel wohlthätig zu wirken, wird dann auch weiteren Kreisen empfohlen und versagt nun seinen Dienst. Offenbar bestehen in der Diagnose Diphtheritis Differenzen. Ich habe Kollegen kennen gelernt, die den geringsten Belag auf den Tonsillen als Diphtheritis bezeichneten, ihr Mittel anwandten und dann selbstverständlich die günstigsten Heilerfolge zu verzeichnen hatten; es findet offenbar eine gar häufige Verwechselung mit der follicularen Entzündung der Tonsillen statt. — Gesetzt aber, es handelte sich wirklich um Diphtheritis und es hat ein Mittel in einer Epidemie aufs Günstigste gewirkt, so versagt es doch in einer anderen Epidemie nahezu völlig die angepriesene Wirkung. — Man schiebe dann die Erfolglosigkeit des Mittels der Schwere der Epidemie in die Schuhe, d. h. der Schwere der durch dasselbe Krankheitsvirus bedingten Krankheitsfälle. — Es mag wohl einerseits seine Berechtigung haben, andererseits aber hat wohl jeder längere Zeit practicirende Arzt beobachtet, dass auch abgesehen von sogenannten schweren Fällen, in einer Epidemie ein Mittel oft sehr günstig wirkt, das in einer anderen, ebenso in Bezug auf Extensität und Intensität beschaffenen Epidemie, seine Wirkung versagt. Die Erklärung für diese Thatsache dürfte wohl noch zu li-

sein. — Vor Allem kommt es aber auch auf die richtige, geeignete Anwendungsweise eines Mittel, ebenso wie auf das Mittel selbst, an. — Nach diesen kurzen Bemerkungen möchte ich zur Sache selbst kommen. Das von mir zu empfehlende Mittel ist nicht neu; ich habe es schon Jahre lang angewendet und bereits im Jahre 1882 in No. 6 dieser Zeitschrift empfohlen. — Ich hatte nach dieser Zeit vielfach Gelegenheit dasselbe anzuwenden und habe immer die Genugthuung gehabt mit demselben zufrieden zu sein. — Fast genire ich mich es zu sagen, indem ich befürchten muss, dass meine Behauptung mit mitleidigem Lächeln und Achselzucken aufgenommen wird: ich habe bei dieser, consequent fortgesetzten Behandlung, in langjähriger Praxis keinen Todesfall zu beklagen gehabt, wohlverstanden an primärer Rachendiphtheritis (primärer Larynxcroup ist natürlich ausgeschlossen). Wer diese meine Behauptung nicht glauben will, nun der mag es eben sein lassen, einen anderen Beweis als durch die Bewohner meines allerdings nicht ausgedehnten Wirkungskreises kann ich nicht geben, diese aber werden für die Wahrheit meiner Behauptung voll und ganz eintreten. — Die eingeschlagene Behandlung ist sehr einfach, sie besteht in der localen Anwendung der Carbolsäure, in der Art, dass ich eine Lösung von 1 Grm. Carbols. (reiner, krystallisirter) auf 30 Grm. Spiritus je nach der Schwere des Falles 2 bis 3 Mal täglich gründlich einpinseln lasse. In neuerer Zeit habe ich nur 0,8 auf 30,0 angewendet, ohne dass ich Grund hätte mit dieser Aenderung unzufrieden zu sein. — Daneben gebe ich Kali chloric. wende Priessnitz'sche Umschläge an, alle 2—3 Stunden gewechselt, bei Erwachsenen Eisstückchen; selbstverständlich daneben symptomatische und auf die Erhaltung resp. Hebung der Kräfte gerichtete Behandlung. — Den meisten Werth lege ich auf die richtige Art und Weise der Auspinselungen, ich überlasse dieselben nie den Angehörigen (auch nicht den intelligenteren), sondern lasse sie durch einen wohleingeübten gewissenhaften Heilgehülfen ausführen. — Statt des gewöhnlich benutzten Pinsels am gebogenen Drahte, lasse ich einen an einen Stil befestigten Maler- (Augen-) pinsel gebrauchen, indem das Mittel durch diesen viel leichter und sicherer an die gewünschte Stelle applicirt werden kann als durch den grösseren, schwerfälligen, gewöhnlich angewendeten Pinsel. Die Pinselungen werden fortgesetzt, so lange der Belag besteht; ist derselbe geschwunden, so wird mehrmals täglich untersucht ob sich derselbe wieder erneuert und in diesem Falle die Pinselungen wieder aufgenommen. — Irgend welche Nachtheile traten durch diese Anwendung der Carbolsäure nicht ein.

Von günstigem Einfluss schienen mir die ebenfalls seit Jahren angewendeten Karbolsäureräucherungen zu sein, nicht

nur in Bezug auf Vermeidung von Uebertragung der Krankheit auf Gesunde, sondern auch von günstiger Wirkung auf die Kranken selbst. Ich wende dieselben an, indem ich eine hinlängliche Menge roher Carbolsäure (100—200 Grm.) auf einen Teller mit heissem Sande oder Sägespähne giessen und diesen dann im Winter auf oder unter den warmen Ofen, im Sommer öfter erwärmen und dann in das Zimmer stellen lasse — kurz es muss Tag und Nacht eine intensive Carbolatmosphäre herrschen. — Unter den ungünstigsten Verhältnissen, wo eine Separirung des Erkrankten von einer grossen Kinderschar nicht möglich, habe ich wohl nie eine Uebertragung der Krankheit beobachtet; es erkrankten jawohl mitunter mehrere Kinder derselben Familie, doch ist dies bei einer Epidemie nicht auffallend, wohl selbstverständlich; eine directe Uebertragung habe ich nicht beobachtet. — In letzter Zeit habe ich die bequemen Desinfectionstäfelchen angewendet, doch muss man nach der Grösse des Zimmers gleichzeitig mehrere benutzen und nach Bedarf erneuern.

I. Pharmacologie und Balneologie.

Zur Giftwirkung des Kali chloricum. Die bisher erfolgten Vergiftungsfälle durch chlorsaures Kali waren zufällige, entweder durch Einnahme zu grosser Dosen oder durch Verwechslung mit abführenden Salzen zu Stande gekommen. B. Schuchardt (D. med. W. Nr. 41, 1888, und Centr. f. klin. Medizin) berichtet nun über drei Fälle, in welchen das genannte Salz zum Zwecke des Selbstmordes genommen worden ist. Der erste Fall ist in den Charité-Annalen 1887 enthalten, der zweite entstammt der Praxis von Kreisphysikus Dr. Sabarth in Lötzen. In diesem Falle hatte der Selbstmörder Nachmittags ungefähr 80 bis 90 Gramm genommen, worauf bald reichliches Erbrechen eintrat, sowie breiiger Stuhlgang. Als sich Patient bald darauf zu Bett legte, begann eine rasch zunehmende Blaufärbung der Haut und sichtbaren Schleimhäute. Gegen Abend traten so heftige Leibschmerzen ein, dass eine Morphium-Injection nöthig wurde. In der Nacht sollen nur ein paar Tropfen sehr dunkeln, fast schwarzen Urins entleert worden sein; die Harnausscheidung stockte dann aber völlig bis zu dem 26 Stunden nach der Einnahme bei vollem Bewusstsein erfolgenden Tode.

In dem dritten Falle absichtlicher Kali chloricum-Vergiftung handelte es sich um einen Versuch zur Fruchtabtreibung bei einem im 5. Monate schwangeren Mädchen; es scheint bei diesem zu Grenoble vor den Assisen verhandelten Falle eine Verwechslung mit Kaliumsulfat vorgekommen zu sein, denn

letzteres Salz wird in Frankreich und England ausser bei Puerperalzuständen auch zum Abortus benutzt, während das Kali chloricum niemals im Rufe eines Abortivums gestanden hat; im Gegentheil hatten es Simpson und Andere gegen habituellen Abortus empfohlen. Chemisch wurde chlorsaures Kali in den Ausleerungen und spurenweise in den Nieren der Vergifteten nachgewiesen, welche vermuthlich 8 bis 12 Stunden nach der Einnahme des Salzes gestorben war.

Schuchardt empfiehlt den Handverkauf von Kali chloricum strengstens zu verbieten; aber auch die Aerzte müssten es sich zur ganz besonderen Pflicht machen, das chlorsaure Kali nur in der entsprechenden Lösung zu verschreiben und dieselbe in der Apotheke anfertigen zu lassen, nicht das Auflösen des Mittels dem Patienten oder den Angehörigen desselben zu überlassen.

Klinische Beobachtungen über Calomel als Diureticum und Hydragogum. (Deutsches Archiv f. klin. Medicin. 1888. XLIII.) Von R. Stintzing.

Stintzing hat das Calomel auf seine diuretischen Eigenschaften hin in 27 verschiedenen Fällen untersucht. 9 Fälle betreffen hydropische Zustände bei Herzinsufficienz in Folge von Klappenfehlern, bei den folgenden 6 handelte es sich um verminderte Herzthätigkeit auf Grund primärer Muskelerkrankungen, bei 2 weiteren war die Herzinsufficienz complicirt durch gleichzeitige Nierenerkrankung. Daran schliessen sich ein Fall von renalem Hydrops: parenchymatöse Nephritis chronica mit Mitralinsufficienz, sowie 2 Fälle von hepatogenem Hydrops: hypertrophische Lebercirrhose und Cirrhosis et Carcinoma hepatis. Bei nichthydropischen Zuständen wurde das Calomel 6 Mal angewandt, nämlich bei schwerer Pericarditis und Pleuritis nach akutem Gelenkrheumatismus, bei linksseitiger exudativer Pleuritis, bei Arthritis urica mit Schrumpfniere, bei einer Mitralinsufficienz ohne gleichzeitigen Hydrops, bei einer alten Hirnapoplexie mit leichter linksseitiger Hemiplegie und endlich bei einem in seiner Aetiologie zweifelhaften Milztumor.

Das Endergebniss sämmtlicher Beobachtungen, bei denen gegen etwa zu befürchtenden Mercurialismus prophylactisch von vornherein Gurgelungen mit chlorsaurem Kali verordnet, sowie intern mit dem Calomel Opium (0,01 : 0,2 Calomel) gegeben wurde, präcisirt St. in folgenden Sätzen:

1. Calomel ist ein Diureticum, welches energischer wirkt, als alle sonst bekannten harntreibenden Mittel. Die diuretische Eigenschaft tritt in geringem Grade oft schon zu Tage an nichthydropedischen Menschen, in hohem Grade bei gewissen Formen der Wassersucht, wo sie sich mit einer antihydropischen Wirkung verbindet.

2. Die beste diuretische Wirkung zeigt Calomel bei car-

dialem Hydrops, mag derselbe Folge von Klappenfehlern oder von primären Herzmuskelerkrankungen sein. (In einem Falle stieg das tägliche Harnquantum von ca. 1600 ccm auf 8350 ccm.) Diese Wirkung bleibt aus oder ist ungenügend, wenn die Herzinsufficienz die höchsten Grade erreicht hat, wo aber auch andere Mittel unwirksam sind.

3. Hydrops aus anderen Ursachen ist der Calomelbehandlung weniger zugänglich. Dies gilt nach des Verf. Erfahrungen sowohl von den Stauungen des Pfortadersystems, als besonders von der chronischen parenchymatösen Nephritis.

4. Bei Combination einer Herzerkrankung mit chronischer Nephritis kommt die Wirksamkeit des Calomels noch zum Ausschlag, wenn die Nephritis der Herzerkrankung gegenüber in den Hintergrund tritt.

5. Bei der Beseitigung des cardialen Hydrops durch Calomel spielt nicht nur die gesteigerte Diurese, sondern auch die Wasserabfuhr durch den Darm eine wesentliche Rolle. Je ausgiebiger freilich der erstere Weg betreten wird, desto grösser ist der allgemeine Erfolg. Gute Erfolge werden aber dann noch erzielt, wenn die Menge der Darmausgabe der Harnmenge sich nähert oder ihr nahezu gleichkommt. Ueberwiegt die extrarenale Ausscheidung die renale, so kann zwar noch eine geringe Abnahme des Körpergewichts (durch Wasserentziehung) stattfinden, aber der günstige Allgemeinerfolg bleibt aus.

6. Wirkt Calomel als promptes Hydragogum, so hat es auch auf das Allgemeinbefinden, auf Appetit, Schlaf und Leistungsfähigkeit einen günstigen Einfluss.

7. Bei exsudativen Processen (Pleuritis, Pericarditis) äussert Calomel keine oder nur eine ungenügende diuretische und daher keine curative Wirkung.

8. Die Nebenwirkungen des Mittels (Salivation, Stomatitis, Diarrhöen, Kolik u. s. w.) lassen sich durch geeignete Prophylaxe und Gegenmittel hintanhalten oder bis zur Unschädlichkeit eindämmen in allen Fällen, in welchen Polyurie erzielt wird. Bleibt der harntreibende Effect aus, so treten fast immer Erscheinungen des Mecurialismus auf. Aus diesem Grunde kann Calomel in den genannten ungeeigneten Affectionen nur Schaden anrichten.

9. Digitalis und andere Diuretica wirken weniger harntreibend als Calomel. Dieses kann aber Digitalis nicht ersetzen, weil es kein Cardiacum ist. In der Combination beider Mittel bei Herzwassersucht dürfte der beste Gewinn der Wiederaufnahme des vergessenen Diureticum sein.

Beziehentlich der Dosirung fand St. die von Jendrássik vorgeschlagene, 0,2 g 8 Mal pro die, am zweckmässigsten. Diese Dosirung muss mindestens 3 Tage innegehalten werden.

Karlsbader Wasser und Karlsbader Salz. Dr. Edgar Gans in Karlsbad giebt in den »Therap. Monatsheften« f

das diätetische Verhalten beim Gebrauch der Karlsbader Kur folgende Vorschriften:

Die »Karlsbader Diät«, eine Reihe von Speiseregeln, welche Jahrhunderte lange Empirie feststellte, hat in neuerer Zeit wesentliche Modificationen erlitten, seitdem man einsehen lernte, dass man dieselben nur zum geringsten Theil der Brunnen wegen verordnen, vielmehr hauptsächlich der jeweiligen Krankheit und dem jeweiligen Kranken anpassen müsse. Die Diät, welche für die Mehrzahl der Karlsbader Kranken passt, ist folgende:

1. Gänzlich verboten, weil schwer verdaulich (nur das Verbot der Säuren existirt mit Rücksicht auf die chemischen Verhältnisse des Karlsbader Wassers): Fett, wie Butter, Schweine- und Gänsefett, fette Milch, fette Mehlspeisen, fette Saucen, Speck, das Fett in und um den Schinken, sowie überhaupt fettes Fleisch, fette Fische, Hummer mit und ohne Majonnaise, Lachs, Spickaal, Wurst, Käse, Gänseleberpastete, Schweine- und Gänsebraten, kalte Rindszunge. Starke Gewürze, wie Pfeffer und Paprika, Zwiebeln, Knoblauch, Zimmt, Vanille. Die Säuren insbesondere Essig, daher jeder saure Salat, wie Gurken- und Kartoffelsalat. Speiseöl. Blähende Speisen, wie Hülsenfrüchte, Kohlarten, Schwarzbrod. Weissweine, mit Ausnahme des Moselweins, Liqueure, Punsch, Grog, Champagner. Rohes Obst. Eis.

2. In geringer Menge erlaubt: Kartoffeln (am besten in Pürréeform), nicht fette Mehlspeisen und Backwaaren überhaupt, süsse Gemüse, süsses Compot, Zucker.

3. In gewöhnlicher Menge erlaubt: Gebratenes oder am Rost zubereitetes Fleisch vom Rind, Lamm, Kalb, jegliches Wild, jegliches Geflügel (ausgenommen Gans), fettloser Schinken. Suppenfleisch soll nur ausnahmsweise namentlich älteren, zahnlosen Patienten, die daran gewöhnt sind, gestattet werden. Fleischbrühe ist bei ca. einem Drittel der Karlsbader Kranken vom Speisezettel zu streichen, jedenfalls nur ohne fette Zuthaten zu gestatten. Forelle, Hecht, Seezunge, gut ausgewässerter Hering, Austern. Grüne Gemüse. Compot, insbesondere das weniger süsse »amerikanische«. Eier werden öfter gegessen als vertragen, in einzelnen Fällen werden sie hart besser vertragen, als weich. Kalter Aufschnitt, bestehend aus Schinken, Roastbeef, Kalbfleisch, Huhn. Weissbrod, Zwieback. Milchkaffee, schwarzer Kaffee, Thee, Cacao, Rothwein (Bordeaux, Vöslauer, Süd-Tyroler), Moselwein, Pilsener Bier, Kohlensäuerlinge, insbesondere Giesshübler.

Unter Berücksichtigung des Gesagten würde folgender Speisezettel als Paradigma zu empfehlen sein:

Frühstück, 1 Stunde nach dem letzten Becher: 1—2 Tassen Milchkaffee, Thee oder Cacao. Dazu 2—3 Weissbrödchen oder Zwiebacke, ev. Beefsteak, Roastbeef, kalter Aufschnitt, Eier.

Mittag, 3—6 Stunden nach dem Frühstück: 1 Teller Suppe, Fisch, 1—2 Fleischspeisen mit grünem Gemüse und Compot, leichte Mehlspeise, wie Auflauf, 1—2 Weissbrödchen, Wein bis zu $^1/_2$ Flasche, 1 kleine Tasse schwarzen Kaffee.

Vesper, in der Mitte zwischen Mittag und Abendbrod: 1—2 Tassen Milchkaffee, Thee etc. mit 1—2 Weissbrödchen etc.

Abendbrod, spätestens um 8 Uhr: eine Fleischspeise mit Gemüse. Compot. Kalter Aufschnitt. Eier. Thee. 1—2 Glas Pilsener Bier.

Die Quantität der Nahrung ist nach dem Kräftezustande des Patienten und dessen Krankheit zu bemessen.

Die Bewegung ist gleichfalls dem individuellen Kräftezustande des Patienten und dessen Krankheit nach Quantität und Qualität anzupassen. Schwächliche Kranke können und sollen sogar oft das Wasser im Bett trinken. Im Allgemeinen wird während des Brunnentrinkens und eine Stunde nach demselben (bei schlechtem Wetter ev. im Zimmer) gegangen, ebenso eine Stunde vor dem Mittagessen und den grössten Theil der Zeit von da bis zum Abendbrod. Unmittelbar nach Tisch ist Ruhe den meisten Kranken anzuempfehlen, ja sogar der so übel beleumundete.

Schlaf nach Tisch ist im Allgemeinen zu gestatten, bei heruntergekommenen, nervösen Individuen, namentlich wenn sie an denselben gewöhnt sind, sogar stricte anzuordnen. Uebernährten, fetten, congestionirten Individuen ist der Schlaf nach Tisch zu verbieten.

Frühaufstehen ist namentlich während der guten Jahreszeit sehr zu empfehlen; jedoch gilt hier das Umgekehrte, wie beim Vorigen.

Rauchen ist nur dann gänzlich zu verbieten, wenn es die Krankheit erfordert. Gestattet sind täglich 3 leichte Cigarren, und zwar 1 nach dem Frühstück, 1 nach Tisch und 1 in der Mitte zwischen Mittag- und Abendbrod.

Geistige Arbeit ist nur insoweit gestattet, als dieselbe nicht bis zur Ermüdung getrieben wird.

Die Nachkur ist jedem Karlsbader Kurgast auf 2—4 Wochen zu empfehlen und besteht in der Einhaltung der angegebenen diätetischen Massregeln und Aufenthalt in guter Luft.

Der Gebrauch des Karlsbader Wassers ausserhalb Karlsbads beschränkt sich hauptsächlich auf Mühlbrunn, Schlossbrunn und Marktbrunn. Es ist gleichgiltig, welchen man von diesen wählt. Nur dort, wo es sich um Reizzustände von Schleimhäuten handelt, zieht man den Schlossbrunn vor. Eine Flasche = vier »Becher«, ein »Becher« = 210 Gramm. Das Wasser wird erwärmt (am bequemsten in einem Lehmann'schen Apparat) auf nüchternem Magen becherweise ev. halbebecherweise langsam getrunken. Zwischen je 2 ev. $^2/_2$ Bechern

wird eine Pause von 15 bis 30 Minuten gemacht, während der man sich zu bewegen hat. (Siehe oben.) Erforderlichenfalls kann man die zu trinkende Wassermenge auf den ganzen Tag, ausgenommen einige Stunden nach den Hauptmahlzeiten, vertheilen. Als Jahreszeit eignet sich am meisten die gute, es gibt jedoch gar keine Jahreszeit, in der nicht das Karlsbader Wasser im Nothfall mit Vortheil getrunken werden könnte. Temperatur und Menge des Wassers richten sich unter allen Umständen nach der Individualität des Kranken. Durchschnittlich werden 2—4 Becher vierziggrädigen Wassers gut vertragen.

Ferner hat Dr. W. Jaworski Untersuchungen über Wirkung, therapeutischen Werth und Gebrauch des neuen Karlsbader Quellsalzes vorgenommen. (Wiener med. Wockenschrift.) Aus denselben ergibt sich im Wesentlichen Folgendes:

1. Bringt man mittlere Gaben (5—10 Gr.) Quellsalz in wässriger Lösung in einen nicht stark von der Norm abweichenden Magen hinein, so wird zunächst die Magensäure und das Verdauungsferment total vernichtet, die Verdauungsfähigkeit des Mageninhaltes vollständig aufgehoben. Schon in der ersten Viertelstunde gibt das eingeführte Salz ein mächtiges Reizmittel zur Auslösung der mechanischen und chemischen Functionen des gesammten Verdauungscanals ab. Je tiefer die Salzlösung von dem Magen herab in den Darm hineindringt, desto stärker wird der Reiz zu Darmbewegungen, desto mehr vom flüssigen und gasförmigen Inhalte entsteht, mit Salzlösung untermischt, in dem Dickdarme und bildet in der Folge flüssige, stark gallig gefärbte und penetrant riechende Stühle. Es muss angenommen werden, dass die Stuhlentleerungen nach dem Quellsalze viel mehr auf dem Wege der angeregten Darmperistaltik, als einer profusen Schleimsecretion beruhen. Die Anregung des Magendarmcanals zur chemischen Thätigkeit durch das Salz geht gleichzeitig mit der mechanischen einher und besteht in der Anregung zur Magensaft- und Gallensecretion. Es erfolgt nämlich eine reichliche Säuresecretion im Magen, die aber durch die Wirkung der Alkalien latent wird (das erste Stadium), bis die letzteren durch die Magensäure neutralisirt werden. Dies geschieht im Allgemeinen in der 3. Viertelstunde nach Aufnahme von 5 Gramm, und zu Ende der 2. Stunde nach Aufnahme von 10 Gramm Salz. Von diesem Zeitpunkte an schreitet die Säuresecretion (das Stadium der Excitation) noch weiter fort. Nach einer gewissen Zeit erreicht sie ihr Maximum; von da an fällt die Acidität rascher ab (Stadium des Abfalls), als die angewachsen war und zwar bis unter die des nüchternen Magens, sodass durch eine gewisse Zeit eine Secretionsinsufficienz (Ermüdung) platzgreift. In ähnlicher Weise, gleichzeitig mit der Magensäure regenerirt sich das durch das Quellsalz vernichtete Verdauungsferment.

Parallel mit der Anregung des Mechanismus und Chemismus der Magen-Darmfunction geht die Resorption der Bestandtheile der Salzlösung vor sich. Die Sulfate sind aus dem Magen in 1—1½ Stunden verschwunden und gehen zum grossen Theile mit den flüssigen Stuhlgängen ab; die Carbonate sind darin jedoch nicht zu finden, dieselben sind aber schon in 1 Stunde im Harne nachzuweisen und alkalisiren denselben, sodass das Natriumbicarbonat als der in grösster Quantität aus dem Quellsalze resorbirte Bestandtheil angesehen werden muss.

2. Kleine Gaben von Quellsalz bis 5 Gramm wirken anregend auf die Function blos der oberen Partien des Verdauungscanales, grössere Gaben, über 10 Gramm wirken erschöpfend und ermüdend auf die Function der oberen Partien und stark anregend auf die unteren Partien des Intestinalcanales.

3. Die Beeinflussung der Magenfunction durch längeren Gebrauch des Quellsalzes besteht in der Herabsetzung der Säuresecretion und Verdauungsfähigkeit bei gleichzeitig nicht geänderter oder gesteigerter mechanischer Leistungsfähigkeit, was sich subjectiv durch Verminderung der Empfindlichkeit des Organs gegen chemische und mechanische Reize kundgiebt. Ein längerer Gebrauch von grossen Dosen von Quellsalz geht mit Herabsetzung der Allgemeinernährung und subjectiven Störungen in dem Allgemeinbefinden (Schwächegefühl, Eingenommenheit des Kopfes) einher.

Kleine Quantitäten Quellsalz, durch eine gewisse Zeit gebraucht, wirken in einigen Fällen von Magensäureinsufficienz anregend auf die Säuresecretion und den Magenmechanismus.

Das Quellsalz ist somit par excellence ein Magensalz zu nennen, das in einmaliger kleiner Dosis als ein Stimulans, bei längerem Gebrauche aber als ein die chemische Magenfunction herabstimmendes Mittel wirkt.

II. Medicin.

Ueber acute Pancreatitis. Von H. Fitz. Bei der ungenügenden Kenntniss, die wir im Allgemeinen von den Pancreaserkrankungen besitzen, dürften folgende, von F. in Nr. 8—10 des »Medic. Record« mitgetheilten Ausführungen von Interesse sein.

F. theilt die Pankreaserkrankungen in folgende Formen ein: Hämorrhagien des Pancreas, acute Pancreatitis mit Blutung, acute Pancreatitis ohne Blutung und bespricht schliesslich die Beziehungen der acuten Pancreatitis zur Fettdegeneration.

Pancreasblutungen. Mehrere Autoren theilen Fälle von plötzlichem und unerwartetem Tode mit, bei denen eine

Blutung im Pancreas oder in der Umgebung, oder auch eine Pancreaserkrankung die einzige wahrnehmbare Veränderung war. Fast in der Hälfte der Fälle bestand das erste Symptom in heftigen Schmerzen im Bauche oder in der unteren Thoraxhälfte. In manchen Fällen kann der Schmerz gänzlich fehlen und nur ein Gefühl von Zusammenziehung des Thorax bestehen. Nausea und Erbrechen sind keine constanten Symptome. Das constanteste Symptom ist das des Collapses. Der Tod tritt nach $^1/_2$—36 Stunden ein. Bei der Section findet man eine Blutung in die Drüse oder in ihre Umgebung. Das Pancreas selbst kann normal oder vergrössert sein. Das Parenchym desselben ist entweder normal oder erweicht und leicht zerreisslich. Die Blutung ist diffus oder circumscript. Der Sitz und das rapide Auftreten der Blutung sprechen für den arteriellen Ursprung derselben. Die Art ihrer Entstehung spricht für einen aneurysmatischen Ursprung, doch ist bis nun kein Aneurysma nachgewiesen worden. Sollte das Pancreassecret, wie Klebs meint, corrosive Eigenschaften besitzen, so müsste die in Rede stehende Erkrankung häufiger vorkommen. Zu Gunsten dieser Ansicht spricht die leichte Zerreisslichkeit der Gefässe.

Pancreatitis haemorrhagica. F. fand in einem typischen Falle von Pancreatitis haemorrhagica inter- und intralobuläre Infiltration von Fettgewebe. Das intralobuläre fibröse Gewebe war vermehrt und von diffusen oder circumscripten Blutungen durchsetzt. F. hat 17 Fälle von hämorrhagischer Pancreatitis gesammelt, von denen 15 Männer und 2 Frauen betrafen. Das Alter der Pat. schwankte zwischen 25 und 60 Jahren. Die Kranken befanden sich meist bis zum Beginn der Erkrankung vollständig wohl, fast die Hälfte derselben war fettleibig. In der Hälfte der Fälle bestanden früher gastrische Störungen. Die Pancreatitis beginnt in der Mehrzahl der Fälle mit Bauchschmerzen, die nicht auf eine bestimmte Ursache zurückzuführen sind. Die Schmerzen sind von Nausea und Erbrechen begleitet. Die Verstopfung ist ein häufiges Symptom. Fieber ist nicht immer vorhanden. Nicht selten besteht Meteorismus. Collaps ist fast immer beobachtet worden. Bei der Section fand F. totale oder partielle Vergrösserung des Pancreas, Blutungen in die Drüse und eine blutig-seröse Flüssigkeit im Ductus pancreaticus. In manchen Fällen zeigten auch das Duodenum und das Jejunum Gefässinjection und Ecchymosen. In manchen Fällen war auch die Milz vergrössert.

Pancreatitis suppurativa. F. hat 21 Fälle gesammelt (17 Männer und 4 Frauen), die Kranken befanden sich im Alter von 20 bis 74 Jahren. In mehr als $^1/_4$ der Fälle sind ausgesprochene Verdauungsstörungen vorangegangen. Eine charakteristische Eigenschaft dieser Form ist die Neigung

zu chronischem Verlauf; doch gibt es auch Fälle von acutem Verlauf. Die acute eitrige Pancreatitis beginnt gewöhnlich plötzlich mit sehr heftigen gastrischen, epigastrischen oder abdominellen Schmerzen, Erbrechen und allgemeiner Prostration. In den meisten Fällen besteht auch Stuhlverstopfung. Am 3. Tage tritt oft Fieber, Meteorismus und Singultus hinzu. In seltenen Fällen erfolgt schon nach einer Woche der Tod. In den meisten Fällen tritt der Exitus letalis unter zunehmender Abmagerung und Schwäche erst nach 3—4 Wochen ein. In einer anderen Reihe von Fällen steigt das Fieber auf 41°, es tritt Icterus, Vergrösserung der Leber und der Milz auf und der letale Ausgang erfolgt erst nach 6—7 Wochen. In den acut verlaufenden Fällen findet man bei der Section das Pancreas durchsetzt von kleinen Abscessen und eitrige Peritonitis. In den subacuten Fällen findet sich ein einziger grösserer Abscess, Periphlebitis, multiple Leberabscesse und eitrige Peritonitis. Bei den chronischen Fällen können die Initialsymptome gering sein, das Fieber und die Schmerzen können ganz fehlen, es bestehen nur Erscheinungen der Peritonitis, im weiteren Verlaufe kommt Ascites und Anasarca hinzu, und der Tod erfolgt erst nach mehreren Monaten. In solchen Fällen findet man bei der Section einen diffusen Abscess entlang dem Ductus pancreaticus, der nach allen Richtungen aufbrechen kann, und serös-fibrinöse Peritonitis.

Pancreatitis gangraenosa. Die acute Pancreatitis kann auch mit Gangrän enden. F. hat 15 solcher Fälle gesammelt. Acht von diesen Kranken hatten früher an Gallensteinkoliken gelitten. In den meisten Fällen tritt die Krankheit plötzlich, ohne wahrnehmbare Ursache auf und beginnt mit Bauchschmerzen, Erbrechen, Verstopfung (die in manchen Fällen sogar zur Diagnose der Darmocclusion führte), zuweilen auch mit Icterus, Albuminurie und Fieber. Nur 2 Fälle endeten mit Heilung nach Ausbrechen von gangrönösen Fetzen; in allen übrigen trat der Tod in einigen Tagen bis Wochen ein. Die anatomischen Veränderungen sind verschieden je nach der Dauer der Krankheit. Je länger die Krankheit dauert, desto kleiner ist das Pancreas und zeigt necrotische Stellen. Die Gangrän kann so weit gedeihen, dass das ganze Pancreas einen (zuweilen mit dem Magen communicirenden) ichorösen Sack darstellt. In einer Reihe von Fällen combinirt sich die gangränöse mit der hämorrhagischen Form.

Was die Differentialdiagnose betrifft, so ist Verwechslung mit einer Vergiftung mit ätzenden Giften durch Anamnese und Untersuchung des Erbrochenen auszuschliessen; solche mit perforirendem Magengeschwür durch Anamnese und das Fehlen der Blutung. Acuter Darmverschluss muss ausgeschlossen werden, indem man durch Eingiessung die Durchgängigkeit des Dickdarmes darthut, und durch das Fehlen allgemei-

Tympanie. Die Behandlung kann nur eine palliative sein; bei Eiteransammlung ist chirurgische Intervention angezeigt. (Wiener med. Presse.)

Ueber die Magen-Function bei tuberculöser Phthisis. Da die bisherigen Versuche, durch directe Vernichtung der Tuberkel-Bacillen in den Lungen die Schwindsucht zu heilen, noch zu keinem befriedigenden Resultate geführt haben, so bleibt nach wie vor und bis auf Weiteres Kräftigung der Constitution des Phthisikers die Hauptaufgabe einer rationellen Behandlung desselben. Dieser Standpunkt wurde denn auch auf dem VI. Congresse für innere Medicin (1887) von den beiden damaligen Referenten (Dettweiler und Penzoldt) über das betreffende Thema vertreten. Haupt-Componenten eines geeigneten roborirenden Regime's für Phthisiker sind gute Luft und eine angemessene Ernährung, doch besteht für die Letztere — die von der Theorie geforderte reichlichere Alimentation — oft eine grosse praktische Schwierigkeit in dem Mangel an Esslust der Kranken und in dem Vorhandensein gastrischer Molimina während der Verdauungs-Zeit. Indessen war die Frage, ob in solchen Fällen eine wirkliche gastrische Dyspepsie vorhanden sei oder nicht, bisher noch eine offene und der Ausspruch Dettweiler's, die Dyspepsie der Phthisiker sei am Ende überwiegend oft lediglich eine nervöse — im Sinne Leube's — verdient jedenfalls alle Beachtung. In gleicher Richtung, nämlich gegen eine eigentliche Dyspepsie, sprechen auch die bekannten Berichte über die Wirkungen der »Alimentation forcée« oder »Uebernährung« bei der Phthisis. Immermann hat es desshalb unternommen, auf dem Wege des Versuches sich über die Magen-Function bei der Phthisis nähere Orientirung zu verschaffen und zu diesem Ende auf seiner Klinik bei einer etwas grösseren Anzahl von Phthisikern methodische Prüfungen vorgenommen. Es wurde bei Anstellung der Versuche vornehmlich auf die biologisch-klinische Seite der Frage, weniger auf die chemische, Rücksicht genommen und besonders solche Methoden cultivirt, welche — bereits anderweitig bewährt — in weiterer Beziehung greifbare Resultate versprachen. Bei der Auswahl der Untersuchungs-Fälle wurde ferner auf möglichste Verschiedenartigkeit derselben gesehen und in dieser Beziehung namentlich das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von gastrischen Erscheinungen im Krankheits-Bilde, verschiedener Grund der phthisischen Kachexie, endlich Existenz oder Nichtexistenz von Fieber, Höhe desselben und etwaige morgendliche Apyrexie als möglicher Weise bedeutungsvoll für die Magen-Function in Betracht gezogen. Ueber die ersten 25 Untersuchungs-Fälle und die hierbei erhaltenen Resultate wurde bereits kürzlich von Schitty im »deutschen Archive für klini-

sche Medicin« Bericht erstattet und waren die vorgenommenen Untersuchungen selbst folgende. 1. Um das Verhalten der Magen-Function während der Nachmittags-Stunden zu erweisen, wurde 54 Phthisikern verschiedener Kategorie die Leube'sche Probemahlzeit verabreicht mit dem wichtigen Resultate, dass in Allen — mit einer einzigen Ausnahme — der Magen etwa nach sechs Stunden leer von festen Speise-Ueberresten war, in 51 Fällen sogar nicht ein Mal mehr Flüssiges noch enthielt. Weder vorgeschrittenste Kachexie noch hohes Abend-Fieber zeigten den erwarteten verzögerten Einfluss auf den zeitlichen Ablauf der Magen-Verdauung; ebensowenig fand sich Bradypepsie bei denjenigen Phthisikern vor, welche appetitlos waren oder gastrische Molimina hatten. 2. Behufs Gewinnung und Untersuchung des Mageninhaltes in den Morgen-Stunden wurde nach dem Vorgange van der Velden's 45 Phthisikern in der Frühe 7 Uhr das Weisse von zwei hartgekochten Eiern nebst 100 Ccm. destillirten Wassers verabfolgt und nach einer Stunde, um 8 Uhr, der Magen-Inhalt vorsichtig aspirirt. Control-Versuche an Gesunden verschiedenen Alters und beiderlei Geschlechtes hatten ergeben, dass also gewonnener Magen-Inhalt ausser noch unverdauten Eiweiss-Stückchen keinerlei sonstige Speisereste von früheren Mahlzeiten enthält, sauer reagirt, frei ist von organischen Säuren (wie Essig-, Milch- und Butter-Säure), dagegen die Günzburg'sche Reaction auf freie Salzsäure gewöhnlich oder deutlich gibt und einen Salzsäure-Gehalt von 1,0 bis 2,3 pro Mille bei der Titrirung mit Normalnatronlauge aufweist. Im Wesentlichen Analoges ergab sich auch bei den 45 untersuchten Phthisikern, zunächst in so ferne, als von Jenen eine bradypeptische Patientin, die auch die Leube'sche Mahlzeit nicht in normaler Zeit bewältiget hatte, bei der Magen-Untersuchung ausser Eiweiss-Stückchen von dem Morgens genossenen Eiweiss auch noch Brot-Reste vom letzten Nacht-Essen im aspirirten Magen-Inhalte hatte. Von den 44 übrigen Kranken hatten 38 sehr deutliche Reaction auf freie Salzsäure, dabei einen zwischen 1,0 bis 4,0 pro Mille variirenden Salzsäure-Gehalt und kommen unter Anderem hohe Salzsäure-Werthe überraschender Weise auch bei vorgeschrittener phthisischer Kachexie und morgendlichem Fieber mehrfach vor. 6 Kranke hatten keine freie Salz-Säure, doch war bei 4 unter diesen der Nachweis möglich, dass die noch vorhandene Reaction des Magen-Inhaltes trotzdem lediglich von Salzsäure (an Eiweiss gebunden) und nicht von organischen Säuren herrührte. Bei 2 Kranken endlich war die Reaction direct alkalisch, doch war der Eine derselben ein alter Branntwein-Trinker mit inveterirten Magen-Symptomen, aber noch recenter Phthisis. Im Ganzen darf also gefolgert werden, dass bei den meisten Phthisikern die Morgen-Production der Salzsäure hinter deri-

nigen Gesunder nicht zurücktritt. 3. Zur Prüfung der peptischen Wirkung bei Morgens herausgehebertem Magen-Inhalte wurden nach Riegel gleich grosse Eiweiss-Scheibchen (von 6 Mm. Durchmesser und 1 Mm. Dicke) im Thermostaten bei 38,0° C. mit 15 Ccm. des Filtrates digerirt und die Verdauungs-Zeit als Mass für die peptische Energie angesehen. Control-Versuche bei Gesunden ergaben, dass diese bei Phthisikern — freie Salzsäure vorausgetetzt — innerhalb der nämlichen Gränzen (von 1—2 Stunden) variirt wie bei Jenen — die peptische Energie somit bei Beiden die gleiche zu sein pflegt. Dieser Befund deckt sich mit dem Befunde unter Nr. 1 — der normalen Bewältigung der Leube'schen Probemahlzeit Seitens der meisten Phthisiker. Hiernach scheint es, als seien die gastrischen Symptome bei den Phthisikern vornehmlich und überwiegend in das Gebiet der nervösen Dyspepsie zu verweisen. Wo etwa eine alte Dyspepsie durch die Untersuchung bei einem Phthisiker gefunden wird, da handelt es sich, allem Anscheine nach, nicht um ein Attribut der Phthisis, sondern um eine Complication derselben, die am Besten für sich zu behandeln ist. — Schliesslich dringt Immermann in allen zweifelhaften Fällen auf eine directe Untersuchung der Magen-Function mit Hilfe der üblichen und bewährten Methoden.

(Aus den Verhandlungen des VIII. Congresses für innere Medicin zu Wiesbaden.)

Die Kontraindikationen der Suspensionsbehandlung. Vor Allem sei erwähnt, dass die Anwesenheit des Arztes bei den Suspensionen stets nothwendig ist, da die Methode sonst von gefährlichen Zufällen gefolgt sein kann, von denen Charcot schon einige in der Revue d'hygiène thérapeutique (Nr. 5, Mai 1889, pag. 156) angeführt hat. Thatsache ist weiter, dass bereits 3 Todesfälle sich bei der Ausführung der Methode ereigneten, wobei niemals ein Arzt anwesend war. Ueber die Nothwendigkeit dieser Vorsichtsmassregel kann daher Niemand mehr im Zweifel sein. Die verschiedenen Kontraindikationen der Suspensionsbehandlung wurden nun neuestens von Blocq (Bull. méd., 9. Juni 1889), einem Schüler Charcot's, ausführlich mitgetheilt. Nach seinen Auseinandersetzungen gehören hierher zunächst besondere Aenderungen des Allgemeinzustandes, wie zu grosse organische Schwäche, intensive Anämie, seien sie aus der Nervenaffektion oder aus einer anderen begleitenden Ursache entsprungen. Oedem, durch welches die sonst schmerzlose Suspension schmerzhaft werden kann, ebenso wie Obesitas, bilden zwar keine eigentliche Kontraindikation, aber sie verlangen eine höchst genaue Aufsicht und gewisse Vorsichtsmassregeln. Es passt für diese Kranken besser ein von Weir-Mitchel konstruirter Apparat, wo die Achsel-

stücke durch eine Art Binden ersetzt sind, welche sich den gebeugten Ellbogengelenken anschmiegen und durch welche die Kranken getragen werden. Weiters hat dieser Apparat einen doppelten Flaschenzug, den einen für die Hebung des Körpers mit dem Angriffspunkte an den gebeugten Ellbogengelenken, den anderen allein für den Zug am Kopfe. Die Vortheile dieses Apparates bestehen darin, dass die Nerven und Gefässe der Achselhöhle nicht komprimirt werden und die Intensität der Extension graduirt werden kann.

Eine weitere Kontraindikation bilden chronische Affektionen des Athmungsapparates, wie das Emphysem und die Lungenphthise, die sich mit Oppressionsanfällen verbinden, da man die Beobachtung gemacht hat, dass während der Suspension die Respiration gleichzeitig häufiger und oberflächlicher wird. Ebenso wird auch die Mehrzahl der Störungen im Herzgefässsystem durch die Suspension beeinflusst. Beim ausgebildeten Atherom wird man eine durch den Druck der Schulterriemen verursachte Ruptur der Achselgefässe befürchten müssen. Weiter weiss man, dass die Suspension die Frequenz des Pulses beschleunigt und den Druck der Gefässe vermehrt, was insbesondere bei Apoplektikern in Betracht zu ziehen sein wird. Aus gleichen Gründen bilden die Affektionen des Herzens und der grossen Gefässe selbst im Zustande der Kompensation eine Kontraindikation.

Die Kontraindikationen seitens des Nervensystems sind noch nicht genügend festgestellt, da die Thatsachen sich widersprechen; so insbesondere hinsichtlich der Erkrankungen mit spastischen Phänomenen. Eher würde eintretender Schwindel eine Kontraindikation abgeben, obwohl Motchoutkowsky erwähnt, dass das Plaudern mit dem Patienten während der Suspension das Schwindelgefühl nicht aufkommen lässt.

Erwähnt sei noch, dass M. Gilles de la Tourette eine, obgleich nur vorübergehende Paralyse des Radialis bei einem seiner Patienten beobachtet hat.

Endlich muss man noch den Zustand der Zähne prüfen, welche manchmal genügend lädirt sind, um das Anlegen der Schlinge zu verhindern — die bei manchen Tabikern vorhandene Neigung zu Spontanfrakturen wird selbstverständlich gleichfalls berücksichtigt werden müssen.

(Wiener med. Wochenschr. 1889. 25.)

III. Chirurgie-, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Wie entstehen Brüche? Ist ein Unterleibsbruch als Unfall zu betrachten? von Geh. Med.-Rath W. Roser. (Schluss zu S. 137.) In London besteht eine altberühmte Bruchbandstiftung, welche den Armen unentgeltlich Bruchbän-

der liefert. Kingdon, der ärztliche Vorstand dieser Trusssociety sagt S. 19 seiner Abhandlung vom Jahre 1864: »Ein Bruch ist eine Krankheit, kein Unfall (a disease not an accident). Aber wie reimt sich damit die Thatsache, dass in dem grossen östlichen Londoner Hospital, das hauptsächlich für Unfälle gestiftet ist, die meisten Bruchkranke aufgenommen und operirt werden? Die Antwort liegt nicht weit. Es sind Einklemmungsfälle! Die Brucheinklemmung tritt sehr häufig unter solchen Umständen auf, dass man sie als Unfall zu betrachten genöthigt ist. Einige Beispiele mögen diess erläutern. Das Bruchband, welches ein Arbeiter vielleicht seit Jahren zu tragen pflegt, kann defect geworden (verrostet) sein und plötzlich brechen oder entzweireissen. Der Darm kann in diesem Augenblick vorgedrängt werden und sich einklemmen. Durch einen Stoss, eine unvorsichtige oder plötzliche Anstrengung kann das Band verschoben werden. Diess wird man mit Recht einen Unfall nennen, wenn auch der Arbeiter, der z. B. sein zerbrochenes Bruchband, nicht ersetzt hat, selbst schuld sein mag. Aus Unwissenheit, Sorglosigkeit, Nachlässigkeit, Gedankenlosigkeit unterlässt mancher Arbeiter die Anschaffung des Bandes. Durch Ungeschick des Bandagisten (wie manche Bruchbänder werden beim Sattler gekauft oder durch die Post, ohne Anprobiren, bezogen!) ist häufig das schlechte Sitzen des Bands bedingt. Es gibt auch manche Brüche, die durch kein Band ordentlich zurückgehalten werden, z. B. viele Nabelbrüche, verwachsene Brüche u. s. w.

Ferner ist noch zu bemerken, dass die Einklemmung nicht selten ganz schleichend entsteht. Der Arbeiter, welcher vielleicht gar nicht weiss, dass er einen Bruch hat, bemerkt wohl auch die beginnende Einklemmung nicht, vielleicht wird sie sogar von dem Arzt nicht sogleich erkannt. Alle Fälle solcher Art können tödtlich werden, und die Genossenschaft sieht sich dann vor die Frage gestellt, ob dieser Tod als Unfall zu betrachten und demnach der Wittwe die Versicherungsrente zu gewähren sei. Die Schiedsrichter werden unter solchen Umständen immer fragen: welches war die eigentliche Ursache? und die Aerzte werden antworten müssen: es ist unmöglich, diess genau zu beantworten; es handelte sich um ein Zusammenwirken von mehreren Causal-Momenten; aber zuerst musste doch ein Bruchsack da sein, ehe ein Eingeweidetheil in den Sack vortreten und sich darin einklemmen konnte. Es giebt Fälle, wo die Einklemmung sich unmittelbar an eine Anstrengung (freilich auch beim Husten u. s. w.) anschliesst, in den meisten anderen Fällen lässt sich dagegen gar keine besondere Veranlassung finden. Man wird sich also nicht von der Vorstellung, dass immer eine Anstrengung schuld sein müsse, leiten lassen dürfen, sondern es müsste ein evidenter Zusammenhang mit einer bestimmten Anstrengung gefun-

den werden, wenn der specielle Einklemmungsfall mit einigem Recht als Unfall angesehen werden sollte. Im Zweifelsfall mag man, im Anschluss an die Volksmeinung und an das Billigkeitsgefühl der Laien, sich einer möglichst humanen Auslegung des Unfall-Gesetzes befleissigen.

Man wird vielleicht bei Revision unserer Gesetzgebung genöthigt sein, auch bei der Brucheinklemmung eine Concurrenz von Ursachen festzusetzen und also, nach dem oben erwähnten Vorschlag des Prof. Socin, ein theilweises Entschädigungsrecht anzuerkennen. Vorläufig steht wohl die Sache so, dass man nicht leicht einen Arbeiter in den Fabriken annimmt, ohne denselben vorher ärztlich untersuchen zu lassen, und dass man mit einem Bruch Behaftete nicht gern oder gar nicht beschäftigen mag.

Noch ein Punkt verdient Besprechung. Wenn eine Bruchoperation nothwendig geworden und der Kranke zwar von Einklemmung befreit worden ist, aber doch seinen offenen Bruchsack behalten hat, oder der Sack nicht sicher verschlossen erscheint, so reihen sich gleich die Fragen an: In welchem Grade kann der Bruch erwerbsunfähig machen? Ist ein Bruchkranker durch ein gutes Bruchband so gesichert, dass es ihm nicht an seinem Erwerb schadet? Ist einem bruchkranken Arbeiter zur Radicaloperation zu rathen?

Man darf den Schaden, welchen ein Bruch macht oder machen kann, nicht allzugering anschlagen, wie schon von manchen Aerzten aus geschehen ist. Es ist zuzugeben, dass viele Bruchkranke sich wenig um ihren Bruch kümmern, dass sie keine Beschwerden davon fühlen und dass sie sich vielleicht nur darüber beklagen, wenn sie jedes Jahr ein neues Bruchband anschaffen müssen. Aber nicht alle Brüche können so gleichgültig genommen werden. Die Fälle, bei welchen kein Bruchband recht halten will, sind nicht zu leugnen. Ebenso kann man nicht leugnen, dass starke Anstrengungen einem Bruchkranken Gefahr bringen können, dass man also z. B. das schwere Heben von einem Bruchkranken nicht verlangen kann. Deshalb wird ja zu manchen Stellungen und Berufsarten, z. B. Militär- oder Eisenbahndienst, ein Bruchkranker nicht angenommen.

Wenn man vom Gericht befragt wird, ob eine Radicalheilung bei einem gewöhnlichen Bruch, also einem Fall von Leistenbruch, durch Operation zu erlangen oder zu erhoffen sei, so wird man nicht unvorsichtig und unbedingt ein Ja aussprechen dürfen. Es ist heut zu Tage noch nicht möglich, über die Sicherheit der Heilung eines Bruchkranken nach Wegnahme des Bruchsacks und Verschliessung seines Halses, ein ganz bestimmtes Urtheil zu gewinnen. So befriedigend einzelne Fälle von gelungener Kur sich ausnehmen, wird man doch genöthigt sein, bei jedem dieser Operirten einige Dispo-

sitionen zum Recidiv, durch Dehnung der betreffenden Peritonealtheile und Lösung der eingetretenen Verwachsungen, anzunehmen. Man wird sagen müssen, dass die Statistik nicht umfangreich genug und die betreffenden Fälle nicht alt genug seien, um sich darauf verlassen zu können. Will ein Radical-Operirter das Zeugniss haben, dass er vor Einklemmung nunmehr sicher sei, oder will eine Berufsgenossenschaft ein solches Gutachten verlangen, so wird ein vorsichtiger und gewissenhafter Arzt sich keine apodiktischen Aussprüche gestatten dürfen, sondern die Unsicherheit, welche in dem einen Fall geringer, im andern grösser ist, einräumen müssen. Ebenso wenig wird man einem Fabrikarbeiter, welcher sich, vielleicht um eher Anstellung zu erhalten, operiren lassen will, gar zu viel Sicherheit versprechen dürfen. Man ist auch nicht berechtigt, die Radical-Operation als ganz gefahrlos hinzustellen, da sich immerhin besondere Zufälle und Verwicklungen finden können, die eine Gefahr in sich bergen.

Fassen wir das hier über die Unfallversicherung bei Unterleibsbrüchen Vorgetragene zusammen, so ergeben sich folgende Schlussätze:

1. Die plötzliche Entstehung eines Bruchsacks durch äussere Gewalt oder durch Anstrengung kommt nicht vor.

2. Wenn Jemand einen Bruch plötzlich bekommen zu haben meint, so beruht dies auf Irrthum; der Bruchsack war schon vorhanden, und der Kranke verwechselt das Eindringen eines Eingeweidetheils in den schon vorhandenen Bruchsack mit der Entstehung des Bruchs.

3. Die langsame Dehnung oder Verschiebung des Bauchfells, wie sie bei der Formation der im späteren Leben entstehenden Bruchsäcke vorauszusetzen ist, kann nicht als ein Unfall bezeichnet werden.

4. Das Eindringen eines Eingeweidetheils in einen schon vorhandenen Bruchsack ist nur ausnahmsweise durch Anstrengung veranlasst, und in einem solchen Ausnahmefall wäre demnach der Bruch als ein bei der Arbeit entstandener Unfall aufzufassen, als ein Unfall aber, welcher sich nur ereignen konnte, weil schon vorher ein Bruchsack vorhanden war.

5. Die Einklemmung eines Eingeweidetheils in einem Bruchsack wird unter besonderen Umständen als Unfall betrachtet werden müssen.

6. Die Bruchbänder gewähren keinen so vollkommenen Schutz, dass man einen Bruchkranken für zuverlässig arbeitsfähig erklären dürfte.

7. Die Radicalheilung eines Bruchs durch Operation ist nicht so sicher und nicht so gefahrlos, dass sie in jedem Falle anzurathen wäre.

Ueber die Jodoformbehandlung der tuberculösen Abscesse, insbesondere der spondylitischen Senkungsabs-

cesse. Von Prof. P. Bruns. Die glänzenden Erfolge, die B. in mehr als hundert Fällen von kalten Abscessen und anderen tuberculösen Processen mit der Jodoformbehandlung zu verzeichnen Gelegenheit hatte, lassen es als wünschenswerth erscheinen, die genannte Behandlungsmethode allgemein als Normalverfahren einzuführen.

B. wendet seit einem Jahre als Injectionsflüssigkeit eine Mischung von Jodoform mit Olivenöl (1 : 10) an. Die Wirkung ist die gleiche wie beim Zusatz von Aether, Alkohol oder Glycerin, zum Beweise, dass die antibacilläre Wirkung trotz entgegengesetzter bacteriologischer Resultate dem Jodoform selbst und nicht den anderen Bestandtheilen der angewandten Mischung anhafte. Die Injection der Oelemulsion hat ausserdem vor der Glycerin-Alkoholemulsion den Vortheil, dass auf die Injection gar keine Spur von örtlicher oder allgemeiner Reaction folgt, während bei letzterer zuweilen leichtere abendliche Temperatursteigerung beobachtet wird. Ein anderer Umstand, der der allgemeinen Einführung des Jodoformverfahrens hindernd im Wege stand, ist der lange Heilungsverlauf. Der Erfolg ist stets ein sicherer, nur muss man ihn abwarten. Der gewöhnliche Verlauf ist der, dass bei kleineren Abscessen 2 — 4 Wochen, bei grösseren 4 — 8 Wochen verstreichen, ehe eine auffällige Verkleinerung bemerkbar wird. Ist die letztere einmal manifest geworden, so schreitet sie rasch vor, bis der Inhalt des Abscesses verschwunden, und nur noch eine umschriebene derbe Resistenz, die geschrumpfte Abscesswand, zu fühlen ist. Zur Erreichung dieses Zweckes sind gewöhnlich 2 — 3 Injectionen nothwendig, die in Intervallen von etwa 3—4 Wochen vorgenommen werden. Der bei der zweiten Injection entleerte Eiter zeigt gewöhnlich eine dunklere Färbung und schleimige Beschaffenheit, einen günstigen Erfolg anzeigen. Bei grösseren Abscessen beträgt die Heilungsdauer 2, 3 bis 4 Monate, was jedoch nicht schwer ins Gewicht fällt, da der in ambulatorischer Behandlung befindliche Patient keiner besonderen Pflege bedarf und seiner Beschäftigung nachgehen kann.

Als Beleg für die Wirksamkeit des Verfahrens theilt B. die Krankengeschichten von zwölf mit Jodoform behandelten Fällen von Senkungsabscessen im Gefolge tuberculöser Erkrankung der Wirbelsäule mit, da die Erfolglosigkeit jeder anderen Therapie in ähnlichen Fällen allgemein bekannt ist.

Als Injectionsflüssigkeit diente in acht Fällen eine Emulsion von Jodoform und Glycerin (1 : 10), welche theils mit Alkohol, theils mit Wasser zu gleichen Theilen vermischt war; in zehn Fällen kam die genannte Emulsion von Jodoform mit Olivenöl in Anwendung.

Von den zwölf Fällen endeten zehn mit vollständiger Heilung; ausser diesen ist in einem Falle unvollständige Heilung

beobachtet worden, während in einem Falle der Verlauf nicht ermittelt werden konnte. Ausser diesen localen Erfolgen der Therapie war in fast allen Fällen ein überraschend günstiger Einfluss auf den Allgemeinzustand zu beobachten.

Aus der Literatur führt Vf. 35 Fälle von spondylitischen Psoasabscessen, die einer Behandlung mit Jodoformemulsion unterzogen worden waren, an; von diesen sind 24 vollständig geheilt, 5 wesentlich gebessert, 4 ungeheilt, 2 unbekannten Ausganges.

Diesen Erfolgen stehen die mit breiter Eröffnung und Ausschabung des Knochenherdes behandelten Fälle gegenüber. Socin erzielte mit dieser Behandlung bei 25 Fällen 5 vollständige Heilungen, Volkmann bei 58 Fällen 23 Heilungen.

Die angeführten Thatsachen sprechen für sich selbst. »Was durch eine eingreifende Operation nur in der Minderzahl erzielt wird, bewirkt die einfache Jodoforminjection fast mit voller Sicherheit. Die früher beinahe hoffnungslose Behandlung der Wirbelabscesse ist jetzt zu einer meist dankbaren Aufgabe geworden.«

(Beiträge zur klinisch. Chirurgie, IV, 1.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber die Frage der puerperalen Selbstinfection. Als Referent über diese wichtige Frage entwickelte zuerst auf dem III. Congresse der »Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie« Professor Kaltenbach (Halle) seine Ansicht:

Dringen die Erreger der puerperalen Wundkrankheiten in das Blut ein, so spricht man von Intoxication gegenüber der Infection, welche ein Eindringen in die Gewebe bedeutet und eine schwere Schädlichkeit darstellt, bei der sich chemische und bakteriologische Stoffe vermischen. Schon Semmelweiss kannte die Selbstinfection und erklärte, dass wir die Schädlichkeiten nicht von Aussen aufzunehmen brauchen. Während nun die gesunde Gebärmutter-Höhle der Frau vollkommen keimfrei ist, wie auch die Untersuchungen von Döderlein und Winter bestätigen, enthalten die Genitalsecrete der gesunden Frauen Spaltpilze. Kommen letztere schon vor der Entbindung zur Entwickelung, so ist der Vorgang von Selbstinfection fertig. Die Spaltpilze können im Genitalkanale aber auch sehr oft wirkungslos bleiben, indem Blut, Lochien, Käseschmiere u. dgl. den Kanal reinigen. So bleiben bei raschen Geburten nur wenig Keime zurück, immerhin aber kann die facultative Virulenz dadurch entflammt werden. Für normale Wöchnerinnen gilt dies nur solange als der physiologische Reinigungs-Modus durch frühzeitigen Abfluss des Fruchtwassers, Retention von Eihautresten, Hinderung des freien Abflusses

der Secrete vor oder nach der Geburt u. s. w. unterbrochen wird. Kaltenbach verwahrt sich gegen die Frage, ob die Genitalorgane pathogene Keime enthalten; die Lehre von der Selbstinfection deckt sich nicht mit dem Nachweise von Streptokokken; für die Entstehung leichter Erkrankungsformen reichen die in der Scheide befindlichen Spaltpilze vollkommen aus, wenn die Resistenz der Gewebe durch mechanische Einflüsse z. B. durch Geburtstraumen schon herabgesetzt ist, d. h. die Fäulniss muss der Infection vorausgehen. Als Gelegenheits-Ursachen zur Selbstinfection müssen das mechanische Heimbringen von pathogenen Keimen in die Gebärmutter, durch die Hand, die Finger angesehen werden, deren Folge Zersetzungsvorgänge in der Gebärmutter, Endometritis u. s. w. ist; ferner traumatische Verhältnisse (Quellstift, Instrumente, Quetschungen am Cervix u. dgl.). So sind auch in diesem Sinne frühzeitiger Fruchtwasser-Abfluss und protahirte Geburten schädlich. Die gefährlichste Selbstinfection ist aber die durch Anhäufung von Eihautresten an der Placentarstelle entstehend, bei welcher ein Thrombenzerfall nach Invasion von Spaltpilzen stattfindet. — Als praktische Folgerung für die Lehre der Selbstinfection ergibt sich, dass eine vollständige Vernichtung aller Scheidenkeime überflüssig ist. Durch prophylaktische Scheiden-Ausspülungen von Sublimat 1 : 3000 sollen die oberflächlichen Keime für einige Zeit unwirksam gemacht werden; diese Ausspülungen kann man bei protahirten Geburten wiederholen. So sind diese Ausspülungen ausser von Kaltenbach auch von Ahlfeld in Leipzig, Dresden und Hannover mit Erfolg gemacht worden. Durch dieselben hat Kaltenbach in seiner sechsjährigen selbstständigen klinischen Thätigkeit nie die Nothwendigkeit zum intrauterinen Eingriffe erlebt; nur drei Fälle kamen durch Infection von Aussen zu Stande. Letztere findet ihren Ausdruck in der Sterblichkeit, die Selbstinfection in der Morbidität. Kaltenbach hält also prophylaktische Scheiden-Ausspülungen für absolut nothwendig; ob auch in der Hebammen-Praxis, lässt er dahingestellt. Die Lehre von der Selbstinfection legt aber Zrückhaltung auf, Polypragmasie wird dadurch nicht hervorgerufen.

Der Correferent Professor Fehling (Basel) wendet sich gegen das Wort »Selbstinfection«; bei ihr kämen nur jene Keime zur Geltung, welche bereits vorher in der Scheide sich befanden. Diese hat zuerst Mayerhofer nachgewiesen. Gönner untersuchte zuerst Cervical- und Vaginalsecret an Gesunden; für ihn lag kein Grund vor, eine Selbstinfection anzunehmen. Winter untersuchte theils an Schwangeren, theils an gynaekologischen Kranken bei operativen Fällen; auch ihm sind die Infectionsversuche fehlgeschlagen, aber er nahm verminderte Virulenz an. Döderlein fand nicht in

allen Uteris bei Fiebernden Keime. Szerniewsky fand in einem Dritttheile der Fälle keine Keime in der Gebärmutter bei fieberhaften Vorgängen. Bumm constatirte das Vorhandensein von Streptokokken im normalen Vaginal- und Cervicalsecrete. Fehling selbst fand in leicht fieberhaften Fällen Staphylokokken in der Gebärmutter wie an den Schamhaaren, welche Mikroorganismen bei normalen Fällen fehlten. Bei schweren Endometritiden fanden sich Streptokokken, ebenso bei einer Gebärenden mit allgemeinem Pemphigus. Bei einer nicht untersuchten Wöchnerin, welche am vierten Tage nach der Entbindung fieberte, wurden Staphylokokken in der Gebärmutter gefunden; Letztere stets im normalen Cervical- und Vaginalsecrete. Grawitz hat nachgewiesen, dass Eiterungen ohne Staphylokokken und Streptokokken vorkommen, dass dazu nur ein Ptomaïn gehören muss. Erst diese Untersuchungen zeigen, dass die harmlosen Kokken im normalen Secrete bösartig werden können. Bei Ahlfeld kamen unter 15 nicht untersuchten Gebärenden 9 fieberhafte Wochenbette vor; es erwartet Fehling daher den Beweis, wo schwere Fälle durch Selbstinfection entstanden sind. — In der chirurgischen Literatur ist nirgends die Rede von Selbstinfection, sondern von aseptischem Wundfieber. Auch im Wochenbette spielen Resorptionsvorgänge eine grosse Rolle; das Vorhandensein von Streptokokken und Staphylokokken ist also nicht geeignet, an sich Fieber zu erregen, wie man diese bei Fiebernden ja auch häufig vermisst hat. Die Selbstinfections-Fälle sind daher nur leichter Natur; wie durch sie Virulenz geschaffen wird, muss noch erforscht werden. — Die Therapie besteht im Wesentlichen in der Prophylaxe: es muss verhindert werden, dass Virulenz entstehe. Eine strenge Desinfection der äusseren Genitalien ist die Hauptsache, auch in der Hebammen-Praxis. (Dieselbe wird durch Abreiben mit Schmierseife, Bürste, Flanell-Lappen, Sublimat oder Carbol ausgeführt.) Fehling will innerlich in der Scheide Nichts vornehmen. Nach der Geburt muss exspectatives Verfahren angewendet werden, keine Ausspülungen. Zu Vaginalirrigationen im Wesentlichen nur dann eine Indication überhaupt vorhanden, wenn übeler Geruch sich einstellt. Bezüglich der Nachgeburtszeit ist der innere Muttermund nicht die praktische Grenze. Wenn z. B. $^2/_3$ des Chorion fehlt, ist die Gefahr des Rückbleibens desselselben im Gebärmutter-Körper viel grösser, als dessen Entfernung. Dann ist zur Vermeidung der Bedingungen, welche Virulenz schaffen, weiterhin nöthig, dass in der Eröffnungszeit allenfallsige Massnahmen bald ausgeführt werden, dass z. B. Incisionen rechtzeitig vorgenommen werden, die Zange nicht zu spät angelegt, dafür gesorgt werde, dass die Blase nicht zu früh springe u. s. w.

Professor Dr. Leopold (Dresden) bemerkt hierauf, dass

ihm seit dem Jahre 1885 nicht weniger als 5000 Geburten zur Beobachtung der Selbstinfection zur Verfügung gestanden seien. Seitdem wurde stets die peinlichste äussere Desinfection angewendet. Die vom 1. März 1888 bis 1. März 1889 versuchten Cervical- und Vaginal-Desinfectionen trübten das Material ausserordentlich. Das Scheidensecret wurde so öfter in kleine Wunden oder Abschürfungen verschleppt, weshalb die Auswaschung der Scheide seit dem 1. März 1886 aufgegeben wurde und seit Ende April auch die Scheiden-Ausspülungen. Unter 427 innerlich nicht untersuchten Fällen kamen nur 9 Fiebernde vor, 1 Mal bei einem Haematome, 2 Mal bei luetischen Personen mit todtfauler Frucht, 3 Mal bei unvollständigen Eihäuten, 1 Mal bei einer atonischen Nachblutung, 1 Mal bei linkseitiger Parametritis und 1 Mal bei Oedem der kleinen Schamlippen mit Dammriss. Deshalb erklärt sich Leopold 1. gegen Selbstinfection; dieselbe könnte nur dann möglich sein, wenn jede andere Infection peinlichst auszuschliessen ist. 2. Die Infectionsquellen sind in Unterrichtsanstalten häufig vorhanden. 3. Scheinbare Selbstinfectionen lassen sich stets als falsche nachweisen. 4. Die besten Wochenbettsverhältnisse bestehen bei denjenigen Frauen, welche nicht untersucht wurden; daher ist in allen klinischen Instituten die äussere Untersuchung vollkommen genügend. 5. Wenn eine innere Untersuchung nöthig ist, muss peinlichste äussere Desinfection stattfinden. 6. Bei pathologischen Geburten ist nur die antiseptische Reinigung der inneren Genitalien nöthig.

Hierauf erörtert Battlehner (Karlsruhe) die Frage: auf welche Weise und mit welchen Mitteln soll die Hebamme bei einer Gebärenden das antiseptische Verfahren ausüben? — Die meisten Geburten werden ja von Hebammen geleitet, nur 5 Procent von Aerzten; die Hebamme muss daher, so lange man ihr die innerliche Untersuchung gestattet auch innerlich ausspülen. Sie muss aber im Beginne der Geburt, nach dem Blasensprunge, untersuchen, also auch ausspülen. In Baden kamen während des Jahres 1887 drei pro Mille Todesfälle bei Wochenbett-Erkrankungen vor.

Verschiedenes.

Dr. O. Rosenthal in Berlin (Deutsch. med. Wochenschr. 23. 89) hat in einer Reihe von 21 Fällen eine **Behandlung der Sycosis vulgaris** eingeschlagen, die sich stets sehr gut bewährt hat. Es waren seine Pat. zum Theil schon mehrfach behandelt, bei einigen war der Process über das ganze bebartete Gesicht ausgedehnt. Seine Methode hat drei grosse Vorzüge: sie schmerzt wenig, sie heilt relativ schnell und ist bequem anzuwenden. Sie besteht in Folgendem: Der Patient lässt sich täglich auf das Genaueste die erkrankten Theile rasiren und reibt Morgens und Abends oder auch dreimal täglich mit einem Pinsel oder noch besser mit dem Finger folgende Salbe ein:

Rp. Acid. tannic. 1,0
Lact. sulfur. 2,0
Vasel. flav. 20,0

Am Tage geht der Patient mit unverbundenem Gesicht; über Nacht legt er nach der allabendlichen Einreibung eine erweichende Salbe auf: Ung. Wilsonii, Salicylpaste oder auch Ung. Hebr. Hierbei ist kaum zu befürchten, dass sich, wenn der Verband vorsichtig angelegt wird, bei Anwendung der letzten Salbe Schwefelblei bildet. In neuerer Zeit hat R. beide Salben zu verbinden gesucht und verordnet dann folgende Paste:

Rp. Acid. tannic.	5,0
Lact. sulfur.	10,0
Zinc. oxyd. alb.	
Amyl. aa.	17,5
Vasel. flav.	50,0

Dieselbe wird Morgens und Abends eingerieben und nachher noch auf Gaze gestrichen übergebunden. Durch diese Behandlung ist es möglich, sogar die Epilation ganz zu entrathen; während früher stets sehr viel Zeit auf diese Procedur verwendet werden musste, kommt man, eine wesentliche Erleichterung für den Patienten und den Arzt, in den auf obige Weise behandelten Fällen ohne dieselbe zum Ziel. Nichtsdestoweniger müsste man selbstverständlich, falls es in einem besonderen Falle nöthig wäre, wieder zu derselben übergehen. Der Erfolg zeigt sich sehr schnell: Schon nach 4—5 Tagen ist ein grosser Theil der Pusteln eingetrocknet und ihre Zahl bedeutend geringer geworden. Nach 14 Tagen bis 4 Wochen ist der Process bis auf langsam weichendes Erythem abgelaufen. Selbstverständlich schützt die Behandlung nicht gegen Recidive; nur fortgesetztes fleissiges Rasiren, sowie der immer seltener werdende Fortgebrauch obiger Salbe führen eine anhaltende Heilung herbei.

Antifebrin bei Angina. Sahli in Bern hat vor circa $1^1/_2$ Jahren, als er an einer heftigen Angina tonsillaris litt, die ihm sehr starke Schluckbeschwerden verursachte, wegen des begleitenden Kopfwehs am Abend des zweiten Tages 0,5 Antifebrin genommen und war sehr überrascht, als nach etwa einer Viertelstunde nicht nur den Kopfschmerz sondern auch die Schluck- und Kaubewegungen fast ganz verschwunden waren. Am anderen Morgen, Mittag und Abend, liess sich der wieder aufgetretene Schmerz mit Leichtigkeit durch 0,5 Antifebrin beseitigen, und so fort, bis die Angina in der gewöhnlichen Zeit geheilt war. Seither hat er das Mittel bei etwa einem Dutzend Fälle von gewöhnlicher Angina versucht und probat gefunden, da es ausnahmslos die subjectiven Beschwerden bedeutend besserte oder ganz zum Verschwinden brachte. Auch bei Scarlatina mit starkem diphtheritischem Belag der Tonsillen hat S. das Antifebrin an sich selbst mit Erfolg angewendet. Bei Kindern zeigt sich noch der Vortheil, dass sie wegen des verminderten oder fehlenden Schmerzes leichter zum Gurgeln anzuhalten sind. Vor Allem aber wird durch die Schmerzlosigkeit des Schluckens die Nahrungsaufnahme sehr erleichtert, was bei einer Krankheit wie Diphtheritis von höchster Wichtigkeit ist. Sahli empfiehlt daher in Nr. 12 des »Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte« die Anwendung des Antifebrin bei Angina auf's Wärmste, ohne darin ein Specificum zu sehen. Er verabreicht dasselbe als Schüttelmixtur mit Spirituszusatz und einem beliebigen Syrup, in welcher Form es auch von Kindern gerne genommen wird.

Zur Unterdrückung des Singultus wird neuerdings in fast allen Fachblättern nach Dresch (Bull. gén. de thèrap., Januar 1888) empfohlen, ein Glas Wasser langsam zu leeren, während man beide Gehörgänge mit den Fingerspitzen fest verschlossen hält. Es ist dies jedoch ein schon länger bekannter Kunstgriff.

Verleger: **G. Rathgeber** in Wetzlar.
Redacteur: Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Gedruckt bei Ferd. Schnitzler in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 8. XXX. Jahrgang. August, 1889.

Diese Zeitschrift erscheint monatlich zu 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Verlagshandlung** zu richten.

Inhalt:

Die Gefahren des Hypnotismus. — Zur Darstellung von Ozonwasser; Originalartikel von Dr. Berendsen in Ratzeburg. Ueber den Begriff der adstringirenden Wirkung. — Zur Prophylaxe der Tuberkulose. Ueber antiseptische Behandlung der Variola. Das Eczem und dessen Behandlung. — Behandlung von Oberschenkelfracturen mittelst der modificirten Extensionsmethode nach Prof. Bardenheuer. Ueber die Anwendung des Opiums bei eingeklemmten Hernien; Originalartikel von Dr. Oppenrieder zu Rügland. — Ueber den Einfluss des Mangans auf die Menstruation. Ueber Drüsenfieber. Zur Behandlung des Keuchhustenanfalles. — Verband mit antiseptischer Paste. Zur Wirkung der in der Mundhöhle verwendbaren antiseptischen Mittel. Einladung zur 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Die Gefahren des Hypnotismus.

Es ist noch nicht lange her, seitdem »Hypnotismus und Suggestion« in ein wissenschaftliches Gewand gekleidet und in ein System gebracht worden sind; unvermittelt stehen sich die Anschauungen über den Werth dieser neuesten therapeutischen Agentien gegenüber. Während die einen im Hypnotismus und ganz besonders in der Suggestion ein Heilmittel gegen eine grosse Zahl nervöser Zustände erblicken, meinen die Anderen, dass die auf dem Wege dieser Therapie erzielten Erfolge selbst nichts Anderes seien, als krankhafte Zustände. Man erzeuge Krankheiten, anstatt zu heilen. Es ist ein lebhafter, ja leidenschaftlicher Kampf, der da zwischen den Freunden und Gegnern des Hypnotismus entbrannt ist. Ist nun auch die Frage über seinen Werth oder seine Werthlosigkeit noch nicht endgiltig entschieden, so steht wenigstens das Eine fest, dass die Anwendung dieses Mittels für den menschlichen Organismus keineswegs gleichgiltig ist. Prof. v. Ziemssen hat sich über dieses Thema in einem Vortrage, den er auf dem zweiten oberbayrischen Aerztetage am 20. Juli d. J. gehalten hat, in folgender Weise geäussert:

»Das Studium der hypnotischen Erscheinungen blüht am meisten in Frankreich und hat dort auch eine gewisse praktische Bedeutung gewonnen, während dasselbe in Deutschland mehr von physiologischer und psychiatrischer Seite Beachtung gefunden hat. In Frankreich bestehen, wie bekannt, zwei Schulen, deren Anschauungen weniger in Bezug auf das Wesen der Erscheinungen differiren, als vielmehr in der Methode, den hypnotischen Zustand hervorzurufen, und besonders in der Bedeutung der Hypnose als Heilmittel: die Pariser Schule, welche in der Salpetrière ihren Sitz hat und unter

Charcot's Einfluss steht, und die Schule von Nancy, welche vornehmlich von Bernheim und Liébault geleitet wird. Während sich die Erstere gegen die Anwendung der Hypnose zu Heilzwecken im Allgemeinen ablehnend verhält, legt der Nancyer Kliniker Bernheim der Hypnose einen ausserordentlichen Werth als Heilmittel bei, und zwar für die verschiedensten Krankheiten, und nicht blos für solche des Nervensystems. In den letzten Jahren haben sich nun auf Grund der Bernheim'schen Empfehlungen auch eine Reihe deutscher Schweizer-Aerzte mit der Anwendung der Hypnose zu Heilzwecken beschäftigt, und es gibt manche unter diesen Herren, welche für dieses neue Heilmittel schwärmen und demselben eine sehr günstige Prognose für die Praxis stellen. So hat vor nicht langer Zeit Dr. Forel, Professor der Psychiatrie in Zürich, in einer Versammlung Schweizer Aerzte den Kollegen die Hypnose als Heilmittel aufs Eindringlichste empfohlen und den Wunsch ausgesprochen, dass dieselben von diesem unschätzbaren Heilmittel den ausgiebigsten Gebrauch in ihrer Praxis machen möchten. Solchen enthusiastischen Empfehlungen gegenüber ist es wohl an der Zeit, einen ernsten Warnungsruf erschallen zu lassen. Es ist das schon von verschiedenen Seiten geschehen und besonders in Deutschland haben mehrere vorurtheilsfreie objektive Beobachter zur grössten Vorsicht in der Anwendung der Hypnose gemahnt. Diese Warnungen sind um so bedeutsamer, als sie zum Theile von akademischen Lehrern ausgehen — ich nenne nur Binswanger und Seeligmüller —, welche sich sowohl theoretisch als praktisch eingehend mit dem Hypnotismus beschäftigt haben und deshalb sicherlich zu einem massgebenden Urtheil ebenso befähigt als berechtigt sind.

Unsere Erfahrungen im Krankenhause sind der Anwendung der Hypnose als Heilmittel durchaus ungünstig. Angeregt durch die Versuche, welche Dr. Frhr. v. Schrenck mit meiner Zustimmung und in meiner oder meiner Assistenten Anwesenheit an Kranken der Abtheilung anstellte, haben wir nicht nur die von Kollegen Dr. v. Schrenck behandelten Personen, sondern auch eine Reihe anderer Patienten, die mit der Hypnose behandelt wurden, genau verfolgt. Die Ergebnisse sind in allen wesentlichen Punkten unbefriedigend und zum Theile geradezu abschreckend. Ich kann sie in die zwei Sätze zusammenfassen: dass die Hypnose nichts oder nur vorübergehend bei leichten funktionellen Störungen nützt und dass dieselbe bei vielen Kranken geradezu schadet.

Was den ersten Punkt anlangt, so kann man als das Gebiet, auf dem vorzüglich die therapeutischen Versuche mit der Suggestion platzgegriffen haben, die Krankheiten des Nervensystems bezeichnen. Von diesen sind es nun wieder nur die einfachsten Formen der nervösen Störungen, welche von der

Hypnose günstig beeinflusst werden und auch diese nur vorübergehend und höchst selten dauernd. Zahnschmerz und andere Neuralgien, Kopfdruck, anomale Gemeingefühle, nervöse Aufregung und Schlaflosigkeit; das sind die Zustände, in denen anfänglich oft ein überraschender Erfolg erzielt wird. Ich will nur einen Kranken erwähnen, welchen ich in der Heilanstalt des Dr. v. Hösslin beobachtete, den schwersten Fall von Morbus Basedowii, den ich je gesehen. Derselbe war längere Zeit absolut schlaflos und es wurde, da er keines der gangbaren Hypnotica vertrug, ein Versuch mit der Hypnose gemacht. Der Versuch hatte die ersten Male einen guten Erfolg, besonders das erste Mal wurde ein ruhiger Schlaf von 6stündiger Dauer erzielt. Dann verminderte sich der Erfolg rasch und blieb später ganz aus. Ebenso vorübergehend ist der Erfolg bei Zahnschmerz, Kopfschmerz, Migraine u. s. w. Es sind eben fast immer nur Symptome von Krankheiten, welche man beseitigt, nicht die Krankheit selbst, und auch diese Symptome selbst werden nur höchst selten dauernd beseitigt.

Auch das möchte ich noch besonders betonen, dass sehr viele Personen, besonders männlichen Geschlechtes, der Hypnotisirung widerstehen — es disponirt bei den Männern wie bei den Weibern ganz besonders die sog. nervöse Konstitution —, und wenn zur Erklärung dieser Misserfolge von den Heissspornen des Hypnotismus entgegnet wird, es liege das nur an einem mangelhaften Verfahren, einer ungenügenden Fertigkeit der Hypnotiseure, so ist dies ein zu wohlfeiler Einwand, als dass er auf die Dauer Beachtung finden könnte.

Bei den ernsteren Formen der allgemeinen Neurosen, vor Allem bei der Epilepsie, Chorea, Paralysis agitans sind bisher beglaubigte Erfolge überhaupt nicht erzielt worden, von tieferen Störungen in anderen Organen ganz zu schweigen.

Wenn man nur die einfachsten, ich möchte sagen superfiziellsten Formen der Störung und auch diese vorübergehend günstig beeinflussen kann, so erscheint es denn doch als ein sehr bedenkliches Verfahren, dieserwegen das Gehirn in einen Zustand von »experimentell erzeugtem Blödsinn« zu versetzen, wie ihn Meynert genannt hat. Man hat gesagt, es heisse mit Kanonen nach Spatzen schiessen, wenn man wegen Kopfschmerz, Schlaflosigkeit oder unbehaglicher Gefühle einer Hysterischen die Rindencentra vorübergehend ausser Funktion setzen wollte.

Man wird vielleicht von gegnerischer Seite einwenden, dass gerade das grosse Feld der Hysterie, einer der schlimmsten und hartnäckigsten Neurosen, sich besonders für die hypnotische Behandlung eigne; und es werden auch in der That bei der jetzigen Hochfluth der hypnotischen Strömung viele Hysterische mit der Hypnose behandelt. Ich bin in den letz-

ten Wochen mindestens vier Mal von Hysterischen oder ihren Angehörigen befragt worden, ob ich dazu rathen könnte, dieses neue Mittel gegen ihre zahlreichen Beschwerden anzuwenden. Also das kommt gewiss öfter vor und es werden sicher auch andere Kollegen von dergleichen zu erzählen wissen. Das grosse Publikum ist nun einmal nach Neuerungen lüstern, es ist wundersüchtig und alles scheinbar Uebernatürliche und Unverständliche übt einen besonderen Reiz aus. Sicher wird in der nächsten Zeit diese Strömung noch einen viel höheren Grad erreichen und sie wird das Gebiet der Hysterie wohl zunächst ganz überfluthen. Nun ist aber der Erfolg der Hypnose gerade bei dieser Krankheit dahin zu präcisiren, dass die Krankheit durch öfter wiederholte Hypnotisirungen meist erheblich verschlimmert wird, dass leichtere Formen des hysterischen Krankheitsbildes direkt durch die Hypnotisirung in die grande Hysterie Charcot's übergeführt werden können. Es soll nicht bestritten werden, dass man einzelne schwere Symptome der grossen Hysterie, z. B. Krämpfe, Kontrakturen, Lähmungen durch die Hypnose vorübergehend beseitigen kann, allein es handelt sich doch immer um den Ersatz eines anomalen Gehirnzustandes durch einen anderen. Und bei den leichteren Formen der Hysterie, wie sie dem Arzte tagtäglich in der Praxis vorkommen, wächst die Hysterie mit jeder Hypnose. Es ist eine wahrhaft kumulative Wirkung der Schädlichkeiten der Krankheit und der Heilmethode, analog den Erscheinungen bei dem Versuche, den Morphinismus durch den Cocaïnismus zu heilen.

Aber nicht nur bei Hysterischen, sondern auch bei jeder gesunden Person überzeugt man sich bald von der Unrichtigkeit des fundamentalen Satzes der Nancy - Schule, dass die Hypnose ein mit dem natürlichen Schlafe verwandter, wenn nicht identischer Zustand sei. Es handelt sich zweifellos um einen pathologischen Zustand, welcher bei häufiger Wiederholung sich zu einem Grade entwickelt, dass er geradezu psychotisch genannt werden muss. Es ist eine allgemein anerkannte Thatsache, dass die Hypnotisirbarkeit der Individuen mit jeder Hypnose wächst, dass dieselben schliesslich dahin kommen, dass sie des hypnotisirenden Arztes gar nicht mehr bedürfen, sondern sich selbst hypnotisiren, indem sie einen festen Punkt, einen Lichtstrahl, ein glänzendes Metall fixiren, oder schon in Hypnose verfallen, wenn sie den Arzt durch's Zimmer gehen sehen oder seinen Schritt von Weitem hören. So können sich Zustände entwickeln, welche an Blödsinn erinnern und welche man als einen dauernden Schwächezustand der corticalen Centra der bewussten Vorstellungen und der Willensimpulse neben einer Hyperästhesie der subcorticalen Hirntheile bezeichnen kann. Noch lassen sich die Schäden, welche das Gehirn vieler Individuen durch oft wiederholte

Hypnotisirung erfährt, in ihrer Ausdehnung und Dauer nicht übersehen. Aber so viel kann man schon jetzt mit Bestimmtheit sagen, dass die Lehre der Nancy-Schule von der Harmlosigkeit oft wiederholter Hypnotisirungen ebenso falsch ist, als etwa die Behauptung, dass die Gewöhnung des Menschen an subkutane Morphiuminjectionen eine harmlose und ungefährliche Sache sei. Und ferner, wenn dergleichen schon gefährlich in der Hand des Arztes ist, um wie viel mehr wird dies der Fall sein in der Hand des hypnotisirenden Laien, der aus Gewinnsucht oder aus Fanatismus die Hypnotisirung bis zu den äussersten Konsequenzen fortsetzen wird. Wie viel Verwirrung diese Suggestionslehre auf das Gehirn der grossen Menge ausüben muss, liegt auf der Hand. Laien, welche mit den mannigfachen Erscheinungen des gesunden und kranken Nervenlebens nicht vertraut sind, stehen diesen Dingen kritiklos gegenüber und müssen schliesslich in ihrer Ueberzeugung von der Willensfreiheit und von der Verantwortlichkeit des Individuums für seine Handlungen durch die Konsequenzen der Suggestionstheorie erschüttert werden.

Noch hat die hypnotische Strömung, wie es scheint, ihren Höhepunkt bei uns in Deutschland nicht erreicht, noch steigt der Enthusiasmus für das wunderthätige Heilmittel; aber ich vertraue der historischen Erfahrung, dass dergleichen Strömungen, je schneller die Hochfluth steigt, um so rascher auch wieder in das natürliche Bett zurückgeleitet werden. Ich vertraue besonders auf den gesunden Sinn der deutschen Aerzte, deren wissenschaftliche Objectivität diesen Dingen wie aller wundersüchtigen Spekulation einen festen Damm entgegensetzen und verhüten wird, dass mit der Hypnose Unheil angerichtet werde.«

I. Pharmacologie und Balneologie.

Zur Darstellung von Ozonwasser. Originalartikel von Dr. Berendsen, Ratzeburg. Die August-Nr. des vorigen Jahrganges vom »Praktischen Arzt« bringt einen Aufsatz über Erfahrungen in der Anwendung von Ozonwasser und schliesst mit dem Bemerken, dass weitere Resultate abgewartet werden müssten, ehe bestimmte Schlüsse zu ziehen seien. Das verflossene Jahr hat nun reichlich Gelegenheit gegeben, von Collegen sowohl wie in eigener Praxis, neue Erfahrungen zu sammeln und die alten zu befestigen. Wiederum könnte ich eine Reihe sehr interessanter Krankheitsgeschichten anführen oder intelligente Patienten selbst reden lassen. (Die Erlaubniss dazu habe ich und liegen die betreffenden Papiere hier zur Verfügung.) Auch von collegialer Seite habe ich die Genehmigung erhalten, mitgetheilte Fälle zu veröffentlichen. Davon aber möchte ich

Abstand nehmen aus doppeltem Grunde, einmal weil ich hoffe, dass von berufener Seite endlich dem in der Therapie so wichtigen Körper Beachtung geschenkt wird (ich höre von der Fabrik, dass seit längerer Zeit eine Universitätsklinik O^3 bezieht) und zweitens, weil ich mich der Gefahr nicht aussetzen wollte, als Reclamemacher für die Einführung eines Arzneimittels angesehen zu werden.

Der Grund der heutigen Zeilen ist folgender:

Vor ca. 3 Monaten behandelte ich im hiesigen Wilhelm-Augusta-Krankenhaus den Thierarzt Herrn D. von hier an einer auf operativem Wege von mir beigebrachten faustgrossen Höhlenwunde an der vorderen Bauchwand. Beim ersten Verbandwechsel staunte Herr D. nicht wenig, als von dem ganzen antiseptischen Apparat nichts zu sehen war, es stand nur eine Flasche Ozonwasser zur Verfügung, kein Carbol, Creolin, Sublimat, Jodoform u. s. w. Das Vertrauen zu mir bekam zuerst einen argen Stoss, zumal Herr D. in seiner Fachzeitung gelesen hatte, dass ein Apotheker in Zeist (Holland) die unter dem Namen Ozonwasser in den Handel gebrachte sehr theure Flüssigkeit als werthloses Chlorwasser erkannt habe. (Ich musste diese Notiz selber lesen.) Herr D. wurde aber dennoch mit Ozonwasser weiter behandelt und ist seit Wochen schon wieder im Stande, seine sehr anstrengende Praxis zu versehen. In Verlegenheit aber setzte mich die oft gehörte Frage nach allen nähern Umständen bezüglich der Darstellung u. s. w. von Ozonwasser dieses Mal ganz besonders, einer Medicinalperson gegenüber. Ich gestehe gerne ein, dass mir von jeher diese Unkenntniss als störendes Element in der Anwendung von Ozon fühlbar gewesen ist. Darauf bezügliche Anfragen in Berlin wurden negativ beantwortet mit dem Bedauern, das Fabrikgeheimniss nicht preisgeben zu dürfen. Der Gedanke, dass der Erfinder ein gesuchter und angesehener Arzt in Berlin sei, hatte etwas sehr Beruhigendes, aber jetzt nach dessen leider so früh erfolgten Tode hörte ja auch diese, wenn ich so sagen darf, collegiale Garantie auf. Der Fabrikant, Herr R. S. Lender, Sohn des verstorbenen Sanitätsrathes Lender, mochte selber seine Schutzlosigkeit den Angriffen gegenüber fühlen; denn gerade um diese Zeit kam eine Einladung an mich, die Fabrik zu besichtigen und der Darstellung von Ozon beizuwohnen. Am 28. Mai d. J. ist in meiner Gegenwart unter den Augen des vereideten Gerichtschemikers Dr. Jeserich aus Berlin das gesammte Verfahren dargestellt und von dem genannten Fachmann bis ins Kleinste geprüft worden. Das Resultat war, dass wir in der That gefunden, was wir erwartet, nemlich Ozon. Herr Dr. Jeserich hat mich autorisirt, dieses Ergebniss zu veröffentlichen und hoffe ich damit Jedem, der sich für Ozon interresirt, den Beweis geführt zu haben, dass die Fabrik in Berlin, Potsdamerstr. 83 A, in der Lage ist,

wirkliches Ozonwasser anbieten zu können und nunmehr wohl diese Frage als erledigt ansehen darf. Hoffentlich werden die Herrn Collegen Notiz nehmen von diesen Zeilen und das Ozon anwenden, wo es angewendet werden muss.

Ueber den Begriff der adstringirenden Wirkung. Von Prof. E. Harnack zu Halle. (Berl. kl. Wochenschrift 26. 89.) Der Heilerfolg, den wir bei der Anwendung der sog. Adstringentien im Auge haben, besteht in der Bekämpfung eines entzündlichen Processes, und zwar auf flächenförmig ausgebreiteten Organen, durch eine Einwirkung auf die erkrankte Partie selbst von der Oberfläche des Gewebes her. Damit ist freilich über das Wesen des Vorganges, der die adstringirende Wirkung erregt, noch nichts ausgesagt. Der sprachlichen Bezeichnung nach handelt es sich um eine Zusammenziehung des Gewebes, von der jedoch von vorneherein zweifelhaft sein kann, ob sie mehr physiologischer oder physikalischer Natur ist. Es wäre thatsächlich ganz verfehlt, den für die adstringirende Wirkung charakteristische Moment in einer Zusammenziehung der contractilen Elemente des Gewebes, insonderheit der Gefässmusculatur, zu suchen. In früherer Zeit war eine derartige Anschauung verbreitet, der man wohl auch jetzt noch begegnet, und welche dazu führte, dass man von »allgemeinen Adstringentien« sprach, worunter man Mittel verstand, die vom Blute aus gefässcontrahirend wirken. Das ist gänzlich verkehrt, da es sich bei der adstringirenden Wirkung mehr um eine Verdichtung, als um eine Zusammenziehung des Gewebes handelt, das letztere überhaupt mehr passiv als activ dabei betheiligt ist.

Um das Wesen der adstringirenden Wirkung zu erfassen, müssen wir vor Allem zusehen, welche Mittel zur Erzeugung dieses Effects thatsächlich Verwendung finden. Die hervorragendsten »Adstringentia« sind bekanntlich die Gerbsäuren, an die sich die löslichen Salze der Thonerde und zahlreicher schweren Metalle (insbesondere Blei, Zink, Kupfer, Silber, Eisen anschliessen. Auch manche Säuren in gewissen Concentrationen, sowie einzelne Arzneipräparate, welche der aromatischen Gruppe angehören (Phenol u. a.), werden bisweilen als »Adstringentien« verwendet. Das Gleiche gilt vom Weingeist, und endlich ist noch als hervorragendes Adstringens das Kalkwasser zu bezeichnen. Es handelt sich also um überaus verschiedene Stoffe: was ist nun das verbindende Moment, welches für das Wesen der Wirkung massgebend ist? Ohne Zweifel die Entstehung einer unlöslichen Substanz in den oberflächlichen Schichten des Gewebes, welche die Zellen umgibt und zwischen dieselben eindringt, die Gewebsflüssigkeiten zurückdrängt und daher austrocknend wirkt, wahrscheinlich auch das Eindringen niederer Organismen in das Gewebe hemmt,

ausserdem aber eine Spannung oder einen Druck von der Oberfläche her auf das Gewebe ausübt und dadurch allen Folgen des entzündlichen Processes, der Zellproliferation, der Schwellung und Auflockerung, dem Blutreichthum, der Hypersecretion etc. entgegenwirkt. Auf der freiliegenden Cutis kommt noch ein anderes Moment hinzu, nämlich die Bedeckung des Gewebes und der Schutz, den die gebildete Pseudomembran an Stelle der Epidermis ausübt.

Dass in der That in der Bildung einer unlöslichen Substanz das für den Begriff der adstringirenden Wirkung wesentliche Moment zu suchen ist, geht aus Folgendem hervor: Wir verwenden in praxi, um adstringirend zu wirken, ausser den genannten Arzneistoffen auch Substanzen, welche von vorneherein völlig unlöslich, aber überaus fein vertheilt sind und mit Wasser verrieben als Emulsion applicirt werden (Zinkoxyd, Magister. Bismuthi etc.). Solche Mittel können nur mechanisch wirken, und zwar in der angegebenen Weise, indem sie als unlösliche Schicht die Zellen umgeben und zwischen dieselben eindringen. Die Wirkung wird aber auf diese Weise weder sehr hochgradig noch nachhaltig sein, da die unlöslichen Partikelchen sehr bald wieder abgespült werden. Es wird daher weit wirksamer sein, die unlösliche Substanz in den oberflächlichen Schichten des Gewebes erst entstehen zu lassen. Wenn demnach die adstringirende Wirkung auch nur die Folge eines mechanisch-wirksamen Moments ist, so kann dieses letztere doch durch Herbeiführung eines chemischen Processes in den oberflächlichen Schichten des Gewebes erzeugt werden. Der Causalnexus, welcher hier vorliegt, ist dann ein hochinteressanter: ein durch das Arzneimittel im Gewebe erzeugter chemischer Process schafft ein mechanisch wirkendes Moment, welches seinerseits Veränderungen in den vitalen Verhältnissen des Gewebes erzeugt, Veränderungen, die zur Wiederherstellung der normalen Beschaffenheit des vorher erkrankten Gewebes führen können. Die Veränderungen in den vitalen Verhältnissen des lebenden Gewebes sind demnach erst secundär, und wenn auch z. B. in Folge der adstringirenden Wirkung Verminderung des Blutreichthums und Verengerung der Gefässe an der Applicationsstelle eintreten können, so wäre es doch ganz verfehlt, etwa in einer Gefässcontraction das Wesen der adstringirenden Wirkung zu suchen.

Die unlösliche Substanz, um welche es sich handelt, kann vor Allem erzeugt werden aus dem Eiweiss des Gewebes (der Gewebsflüssigkeit und der Zellen) selbst, indem das Adstringens entweder mit dem Eiweiss eine feste unlösliche Verbindung eingeht (Gerbsäure, lösliche Thonerde- und Metallsalze) oder aber in Folge einer eigenartigen Einwirkung das gelöste resp. das lebende Eiweiss coagulirt (Weingeist, Phenol etc.). In beiden Fällen wird das lebende Eiweiss, soweit es bei dem

Vorgange betheiligt ist, abgetödtet; alle auf diese Weise wirkenden Adstringentien sind demnach im Grunde genommen Aetzmittel, praktisch betrachtet aber sprechen wir nicht von Aetzwirkung, weil die Abtödtung der oberflächlichen Gewebsschichten nur in so geringer Ausdehnung geschieht, dass uns keine Zerstörung entgegentritt. Bei sämmtlichen eiweisscoagulirenden Adstringentien wird daher die adstringirende Wirkung von der ätzenden nur graduell verschieden sein, ja es können selbst beide Wirkungen neben einander auf das Gewebe ausgeübt werden. Bei der Anwendung derartiger Adstringentien, insbesondere auf empfindlichen reizbaren Schleimhäuten ist deshalb immer Vorsicht geboten, und es muss auf die Dosirung sorgfältig geachtet werden, damit nicht statt der adstringirenden Wirkung eine ätzende eintrete.

Ueber ein Adstringens nun verfügen wir, welches nicht eiweisscoagulirend wirkt, das ist das Kalkwasser. Das im Wasser gelöste Kalkhydrat vermag unlösliche Verbindungen aus den Fettkörpern des Gewebes zu bilden, kann aber auch in das Gewebe eindringen und durch Verbindung mit der Kohlensäure gefällt werden. Eine Schicht äusserst fein vertheilter Kreide umgibt dann die Zellen, und die adstringirende Wirkung ist anhaltender und hochgradiger, als wenn man von vorneherein eine Emulsion fein geschlemmter Kreide in Wasser auf die Oberfläche der Schleimhaut gebracht hätte. Dass der Kalk, ehe er präcipitirt wird, ausserdem noch schleimlösend wirken kann, ist eine Sache für sich. So haben wir denn hier ein Adstringens, welches seinem Wesen nach nicht zugleich Aetzmittel ist. Ein solches wird sich insbesondere im Beginne des entzündlichen Processes eignen, um das Entstehen des letzteren zu unterdrücken, wird aber umsoweniger wirksam sein, in je tieferen Schichten des Gewebes der entzündliche Process sich abspielt. Durch seine Einwirkung auf das Mucin nimmt das Kalkwasser überdies eine ganz eigenartige Stellung unter den Adstringentien ein.

Je mehr in Folge des entzündlichen Processes die obersten Schichten des Gewebes aufgelockert sind, umsomehr wird im Allgemeinen die Anwendung solcher Mittel, welche durch Abtödtung des lebenden Eiweisses adstringirend wirken, indicirt erscheinen. Nur ist hier eben grosse Vorsicht in der Dosirung erforderlich. In zahlreichen Fällen ist es sogar überaus heilsam, die Aetzwirkung und die adstringirende Wirkung an der nämlichen Stelle zu combiniren, d. h. gewuchertes oder torpides Gewebe zu zerstören und zugleich auf die benachbarten entzündeten Gewebsschichten eine adstringirende Wirkung auszuüben. Zu diesem Zwecke müssen wir uns selbstverständlich solcher Aetzmittel bedienen, die eben in kleinen Mengen adstringirend wirken, d. h. die mit dem lebenden Eiweiss eine unlösliche, feste, zähe, adhäsirende Substanz bilden. Es ist

ganz besonders der Höllenstein, den wir bekanntlich theils in Substanz, theils in Lösung verwenden, um die bezeichnete Combination localer Wirkungen zu erzielen.

Sonach können wir nach den Untersuchungen Harnack's unter den uns zu Gebote stehenden Adstringentien die folgenden Hauptkategorien unterscheiden:

I. Adstringentien, welche zugleich Aetzmittel sind, indem sie lebendes Eiweiss abtödten: A) indem sie selbst mit dem Eiweiss unlösliche Verbindungen bilden (Gerbsäure, Thonerde und Metallsalze); B) indem sie blos eiweisscoagulirend wirken: 1. Alkohol (wirkt zugleich local reizend), 2. Phenol (wirkt intensiv ätzend).

II. Adstringentien, welche nicht zugleich Aetzmittel sind: A) lösliche Stoffe, welche durch Verbindungen, die sie auf der Applicationsstelle eingehen, unlöslich werden (Kalkwasser); B) unlösliche, sehr fein vertheilte Stoffe (Zinkoxyd, Bismuth. subnitric. etc.).

II. Medicin.

Zur Prophylaxe der Tuberculose. Von Prof. F. Mosler in Greifswald. (Nach einem Vortrag in der Frühjahrssitzung der Aerzte des Regierungsbezirks Stralsund am 12. Mai 1889.) Die Prophylaxe der Tuberculose erfordert vielseitige Massregeln. Vor Ansteckung durch Tuberculose sind letztere nicht nur selbst, sondern vorzugsweise Gesunde, Angehörige, Pfleger, ja ganz Fernstehende zu schützen. Bisher hat Niemand deutlich gewusst, welche Gefahren durch intimen Umgang mit Tuberculösen, durch Bewohnen derselben Räume, Benutzung der gleichen Gebrauchsgegenstände, Essgeschirre, Kleider, Betten veranlasst werden können.

Nur bei sorgfältiger Beobachtung gewisser prophylaktischer Maassregeln sind Heilanstalten, Badeorte, Gasthöfe, Schulen, überhaupt öffentliche Locale ohne Gefahr der Ansteckung durch Tuberculöse zu besuchen.

Da wir gegen die Tuberculose, welche von allen Krankheiten das Menschengeschlecht am meisten dahinrafft, leider noch kein sicheres Heilmittel kennen, ist es um so mehr unsere Pflicht, ihre Weiterverbreitung zu verhüten. Robert Koch's grossartige Entdeckung des Tuberkelbacillus müssen wir in dieser Richtung verwerthen. Durch Georg Cornet's*) Untersuchungen erhalten wir die Bestätigung, dass als hauptsächlicher Träger der Infection der Auswurf Tuberculöser anzusehen ist. Hauptsächlich wird der getrocknete Auswurf den Gesunden verderblich, sobald derselbe, fein zerstäubt, der Athmungsluft beigemischt, dem menschlichen Körper zugeführt

*) confr. »Der prakt. Arzt« 1889 No. 4.

wird. Um die auf solche Weise vermittelte Uebertragung von Tuberkelbacillen thunlichst zu verhüten, sind Tuberculöse anzuhalten, niemals in ein Taschentuch, auf den Fussboden oder an die Wände, sondern lediglich in ein für diesen Zweck bestimmtes Gefäss, Spucknapf oder Spuckglas auszuspucken.

Handspuckgläser sind unentbehrlich.

Dr. Dettweiler hat ein solches construiren lassen.*) Es verdient darum besondere Berücksichtigung, weil Aussicht vorhanden ist, dass mit Einführung solcher Taschenfläschchen die Benutzung der Taschentücher zur Aufnahme des Auswurfes Hustender mehr und mehr verbannt werden wird. Gegen Benutzung der Taschentücher zu genanntem Zwecke ist M. noch mehr eingenommen, seitdem er (Deutsche Med. Wochenschrift 1889, No. 13 und 14) erfahren hat, dass Weiterverbreitung von Lungenentzündung durch Gebrauch der gleichen Schnupftücher von Seiten mehrerer Mitglieder einer und derselben Familie erfolgt ist. Seitdem hat sich M. noch eingehender mit der Frage beschäftigt, wie er es möglich machen kann, den Auswurf hustender Kranker in seiner Klinik unschädlich zu machen. Dieselbe Aufmerksamkeit, die für Aufbewahrung und Entfernung von Typhusstühlen längst von uns beobachtet wird, widmet er fortan nach Cornet's Anregung der Aufbewahrung und Entfernung der Sputa. Auf den Fussboden, besonders in abgelegene Ecken desselben, in Taschentücher dürfen sie nicht mehr entleert werden. Auf den Corridoren, im Auditorium, im poliklinischen Wartezimmer, in Krankenzimmern sind emaillirte Spucknäpfe aufgestellt nach dem Muster der in Falkenstein gebrauchten. Kranke, die im Bett liegen, benutzten Spuckgläser, die mit federnden Deckeln versehen sind. Sämmtliche Spuckgeschirre sind beim Gebrauch in ihrem unteren Dritttheile mit gewöhnlichem Wasser gefüllt. Indem die Sputa darin schwimmen, wird das Ausgiessen, das in 24 Stunden 1—2 mal geschieht, wesentlich erleichtert. Täglich werden die Gefässe mit heissem Wasser gereinigt, der Auswurf mit dem Waschwasser in mit Spülung versehene Abtritte befördert. In der Privatpraxis behandelt M. keinen Kranken mit Husten, dem er nach dieser Richtung nicht besondere Vorschriften gibt, und möchte er, dass dieser Vorgang recht viele Nachahmung finde; vor Allem wäre es wünschenswerth, dass von den Herren Collegen, welchen die Leitung eines Krankenhauses obliegt, ähnliche Einrichtungen getroffen werden.

Gerade weil wir einer Zeit angehören, welche in Folge so glänzender wissenschaftlicher Fortschritte auf therapeutischem und hygienischem Gebiete Grosses zu leisten berufen ist, müssen wir Fragen von allgemeinster Bedeutung, die Entstehung Verhütung und Unterdrückung von Volkskrankheiten, wie Tu-

*) S. diese Zeitschr. 1889 No. 5 S. 120.

berculose, Cholera, Typhus, Pocken, immer und immer wieder zum Gegenstande unserer Betrachtungen machen. — Gewiss ist das Endziel alles medicinischen Studiums in letzter Instanz das Heilen der Krankheiten, die Medicin ist Heilkunde und Heilkunst. Wird aber dieses Ziel allein nur erreicht durch rastloses Mühen, jede frisch angepriesene Heilformel, jedes neue Mittel zu versuchen? Ist nicht von den besten Aerzten aller Zeiten die prophylaktische Medicin für ein Ziel erklärt worden, dem alle Aerzte nachzustreben haben?

Prophylaktische Medicin, praktische Gesundheitspflege, wie sie in unseren Tagen von v. Pettenkofer und Rob. Koch in so hervorragender Weise gelehrt wird, ist nicht allein Sache der beamteten Aerzte in grossen Städten, jeder Praktiker im kleinen Orte, auf dem flachen Lande hat hier ein Feld der Thätigkeit vor sich, sehr schwierig anzubauen, aber auch von seltener Ergiebigkeit, das den Arzt in stete Berührung mit den grossen Strömen des öffentlichen Lebens bringt, der sauren täglichen Arbeit einen gewissen idealen Glanz verleiht.

Ueber antiseptische Behandlung der Variola. Von Dr. M. Lewentaner (Constantinopel). (Therapeut. Monatsh., Juni 1889. Allg. med. Centr.-Ztg.) In Constantinopel sind die Pocken bekanntlich endemisch und treten dort sehr verheerend auf. Impfzwang existirt dort nicht, dazu kommt, dass die Vernachlässigung hygienischer Maassnahmen der Propagation dieser Krankheit Vorschub leistet. Besonders gefährdet sind ganz kleine Kinder. Von den Fällen, die L. Gelegenheit hatte, früher zu behandeln, gingen, ebenso wie die in der Behandlung anderer Aerzte befindlich gewesenen, fast alle zu Grunde. L. sieht sich deshalb veranlasst, eine Behandlungsmethode mitzutheilen, vermittelst welcher es ihm in 6 Fällen schwerer confluirender Variola gelungen war, alle Kinder »mit ausgezeichnetem Erfolge« zu behandeln.

Die Kinder standen im Alter von 10, 11, 15 und 18 Monaten. Das jüngste 10monatliche — L.'s eigenes Kind — erkrankte im März 1884, ohne dass ein Prodromalstadium bemerkt wurde, an den confluirenden Pocken. Der Ausbruch derselben begann mit je einem, auf beiden lateralen Partien der Scheitelknochen symmetrisch gelegenen kreisrunden rothen, 1 Mmtr. über dem Niveau der Haut erhabenen Flecke. Um gleichzeitig antiseptisch und antifebril einzuwirken, applicirte L. eine 3procentige Carbolsäurepasta aus Amylum und Ol. amygdal. dulc., auf einer Leinwandmaske so zugerichtet, dass nur schmale Oeffnungen für Augen, Nase und Mund zurückblieben. Auf diese Weise wurden der ganze behaarte Kopf, Gesicht und Hals mit der Maske eingehüllt. Der Rumpf und Extremitäten wurden öfters mit Folgendem gepinselt: Rp. Glycer neutr. 70,0 Amyl. pur. 30,0, Acid. salicyl. 3,0. M. f.

Pasta. — Nach einigen Tagen wurden die bis nun, besonders im Gesicht und Händen, noch isolirt stehenden, mit deutlicher centraler Delle und rothem Hof umgebenen Bläschen und Pusteln confluirend und zu grossen, mit grauem Eiter gefüllten Blasen, umgewandelt. Keine Blase platzte, sondern alle trockneten, trotz des immerwährenden Benässens mit den Pasten, zu einem honiggelben Schorf ein, und nach dem Abfallen derselben hinterblieb gar keine Spur von Narben. Nur an den Stellen, wo die Maske nicht hermetisch anliegen konnte, wie oberhalb der Nasenflügel, an der Nasolabialfalte blieben kaum merkbare Narben zurück.

Die anderen 5 Kinder wurden nach demselben Princip behandelt, nur mit dem Unterschiede, dass, anstatt der Carbolsäurepaste, eine Salicylsäurepaste angewendet wurde. Alle diese Kinder, die gleichfalls an der confluirenden Variola litten, befanden sich unter dieser Behandlung stets fieberfrei, munter und hatten guten Appetit. Alle genasen vollständig, ohne Narben oder sonstige Complicationen zurückzulassen.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass möglicherweise auch der Modus der von L. nebenbei eingeleiteten internen Behandlung etwas zum günstigen Ausgang beigetragen haben kann. Gewöhnlich werden die Schleimhäute der Nase, des weichen Gaumens, Pharynx etc. von den Pusteln nicht verschont, wodurch gefährliche Complicationen seitens dieser Gebilde entstehen können; besonders die totale Ausfüllung der Nasengänge mit Pusteln und Krusten zwingt die Kinder, beständig mit offenem Munde zu athmen, was zu Pharyngitis, Bronchitis etc. Veranlassung gibt. Um daher den Pharynx vor Trockenheit zu schützen und schlüpfrig zu erhalten — die Nasengänge wurden bereits am 2. — 3. Tage der Krankheit vollkommen undurchgängig — verordnete L. Folgendes: Rp. Ol. amygdal. dulc. 15,0. Syrup. aurant. flor. 30,0, Aqu. laurocer. 10,0, Chinin. hydrochl. 0,3. Solv. in Acid. hydrochlor. q. s. f. Emulsio. S. Davon alle $^1/_4$ — $^1/_2$ Stunde in liegender Stellung mittelst Tropfenzähler dem Kinde einzuflössen. — Die Kinder können sich gegen diese Manipulation nicht wehren, weil sie in Folge der geschwollenen und mit einander verklebten Lider den Tropfenzähler nicht wahrnehmen können, und gewöhnen sich bald daran, die bittere Medicin zu schlucken.

Als Vortheile dieser Behandlungsmethode führt L. folgende an: a) Alle Kinder genasen, während im Deutschen Reiche 10 pCt. Todesfälle an Pocken auf Kinder fällt, die das erste Lebensjahr noch nicht erreicht hatten. Vor der antiseptischen Behandlung starben in Constantinopel, wie oben bemerkt, alle Pockenkinder. — b) War die Dauer der Krankheit entschieden abgekürzt: vom Ausbruche des Exanthems bis zum Abfallen der Schorfe 12 bis 13 Tage. — c) Fast vollkommen fieberfreier Verlauf, auch kein Resorptionsfieber beim

Uebergang der Bläschen in Pusteln. — d) Die Ansteckungsgefahr für die Umgebung und andere Kinder scheint gänzlich aufgehoben zu sein; unter den Pockenkranken fanden sich gesunde Kinder, die nicht geimpft und nicht zu isoliren waren. — e) Die Einfachheit der Methode gegenüber der Umständlichkeit der Bäder und Ueberschläge. Letztere haben noch den Uebelstand, das bei der niederen Klasse der Bevölkerung oder unwissenden Leuten die Schuld an dem Tode des Kindes der Erkältung zugeschrieben wird. — f) In ästhetischer Beziehung — was sehr wichtig ist besonders für Mädchen — gar keine Entstellung, vollkommen glattes Gesicht, Hände etc.

Die Maske anzulegen, bereitet gar keine Schwierigkeit: man schneidet ein Stück Zeug so zu, dass es Kopf, Gesicht und Hals bedeckt; bilden sich hier und da Falten, so hat man nur an dieser Stelle einen Scheerenschlag zu geben, und die Zipfel legen sich alsdann übereinander und haften an. Corneaanätzung bei event. Ueberfliessen der Paste hat man nicht zu fürchten, da die Lider bald geschwollen und verklebt werden und die Augen gänzlich abschliessen. Haben die Kinder einmal die Augen aufgeschlagen, so ist alsdann schon die Maske überflüssig geworden, indem die Eintrocknung der Pusteln bereits im Gange ist.

Das Ekzem und dessen Behandlung. Während man bis in die neueste Zeit unter »Ekzem« die verschiedensten oberflächlichen Haut-Entzündungen zusammenwarf und demgemäss solche Ekzeme unterschied, welche durch innere Vorgänge, und Solche, welche durch äussere Schädlichkeiten verursacht wurden, ist es in neuester Zeit immer klarer geworden, dass wir bei den meisten Ekzemen parasitären Leiden gegenüberstehen. Die genaue klinische Beobachtung hat, den bakteriologischen Züchtungs-Experimenten vorgreifend, bereits eine Reihe von durchaus verschiedenen Ekzem-Typen unterschieden. Es ist die Zeit zu erwarten und wohl nicht sehr fern, wo wir für jeden solchen klinisch gut umgränzten Typus eine eigene Art von Haut-Parasiten kennen werden. Es ist klar, dass bei diesem Stande der Dinge einerseits alle chemisch bedingten Haut-Reizungen aus dem Gebiete der Ekzeme in das der oberflächlichen Dermatitiden versetzt werden müssen und dass anderseits die beliebte Art der Ekzem-Diagnostik nach Stadien und Körper-Gegenden ein und für alle Male der pathologisch höherstehenden nach einer bestimmten Ekzem-Species weichen muss. Der Begriff des Ekzemes wird sich nach G. P. Unna's Ansicht in Zukunft lediglich mit dem des parasitären Haut-Katarrhes zu decken haben, mit Ausschluss aller künstlich, physikalisch oder chemisch erzeugten Dermatitiden. Damit ist aber auch endlich die Möglichkeit gegeben, die nach Stadien und Kör-

per-Gegenden so verschiedene bisherige Therapie zu vereinfachen. Denn wenn sich wirklich Ekzem-Typen als aetiologische Einheiten aufstellen lassen, so muss die Behandlung für je einen Typus auch eine causale und dann sehr vereinfachte werden. Ohne Rücksicht auf Stadium und Körper-Gegend werden wir jeden Ekzem-Typus mit dem ihm zukommenden Mittel behandeln können, vorausgesetzt, dass Letztere ein Specificum für diesen Typus vorstellt. — Ein solcher Typus ist der des seborhoischen Ekzemes und als Resultat von fundamentaler Bedeutung gilt, dass die gewöhnliche Pityriasis capitis bereits eine Form des Haut-Katarrhes ist, welche durch den noch unbekannten Parasiten des seborrhoischen Ekzemes erzeugt wird. Alle »Seborrhoiker« — und dies sind u. A. alle mit Pityriasis capitis behafteten Menschen — neigen dazu, vom seborrhoischen Ekzeme an jeder beliebigen Haut-Stelle befallen zu werden, wenn dieselbe irgend einem Reize oder einer Blut-Wallung ausgesetzt ist. Bei der ungemein grossen Verbreitung gerade des seborrhoischen Ekzemes lässt sich wohl sagen, dass das parasitäre, auf so vielen Kopf-Häuten schlummernde Element desselben aetiologisch an die Stelle zu treten hat für den »Arthritisme« der älteren Franzosen, den »Gout« der Engländer und die lediglich physikalisch oder chemisch wirkenden äusseren Ursachen des Ekzemes der Wiener Schule. — Unna hat wiederholt darauf hingewiesen, dass uns in der That zur Bekämpfung des seborrhoischen Ekzemes in allen seinen Formen eine Reihe von specifischen Mitteln zu Gebote stehen, wie Schwefel, Resorcin, Chrysarobin und Pyrogallol. Mit Jedem dieser Mittel kann man bei geeigneter Wahl der Form die Behandlung dieses Ekzem-Typus mehr oder minder glatt zu gutem Ende führen. Unter den genannten Mitteln verdient das Resorcin, welches von Allen die wenigsten örtlichen oder allgemeinen Nebenwirkungen hat, welche unter Umständen Contraindicationen abgeben könnten, die meiste Beachtung. Unna kennt bis auf die seltene Resorcin-Idiosynkrasie eigentlich kein Stadium, keine Körper-Gegend, keine individuelle Haut-Beschaffenheit, kein Alter, keine Complication des seborrhoischen Ekzemes, welche sich nicht mit der erfolgreichen Anwendung des Resorcin in irgend einer Form (Spiritus, Wasser, Salbe, Salben-Mull, Paste, Seife, Puder u. dgl.) vertrüge. Unter diesen Formen möchte Unna auf Eine die Aufmerksamkeit in besonderem Grade lenken, nämlich auf die Form der Dunst-Umschläge. Dieselbe vereinige Intensität der Wirkung und Sicherheit des Erfolges mit ungemeiner Einfachheit und Anwendungs-Fähigkeit. Eine 1 — 2 procentige Lösung des Resorcin genügt für die meisten Fälle. U. verschreibt gewöhnlich Resorcini, Glycerini ana 10,0, Spiritus 180,0 M. S. mit 4 Theilen Wassers (oder Chamomillen-Thee's) zu verdünnen; ärmeren Leuten verschreibt er 10 — 20 Grm.

Resorcin und lässt dasselbe in einem Liter Wasser lösen. Der geringe Glyzerin-Zusatz wirkt der Eintrocknung des Verbandes entgegen. Im Allgemeinen wird der Verband so hergestellt, dass eine dünne Watte-Lage mit der Lösung gut angefeuchtet applicirt, sodann mit wasserdichtem Materiale (Guttapercha, Pergament- oder Oel-Papier) bedeckt und mittelst einer Mull-Binde oder sonstiger Bandage befestigt wird. Diese Form kommt hauptsächlich in Betracht an Armen und Beinen bei Erwachsenen wie auch am Kopfe und Rumpfe von Kindern. Eine ganze Reihe einfacher Modificationen lässt sich für bestimmte Körper-Gegenden herstellen; so ist es z. B. ganz praktisch, bei einzelnen Ekzem-Flecken an den Händen und Fingern dünne Zwirnhandschuhe tragen zu lassen, welche nach dem Anziehen von Aussen an den betreffenden Stellen mit Resorcin angefeuchtet werden. Ein zweiter wasserdichter Handschuh oder eine Einwickelung der ganzen Hände in wasserdichtes Zeug vollendet den Verband. In ähnlicher Weise kann man Strümpfe, Stücke von Aermeln und Unterbeinkleidern als Feuchtigkeit haltende Unterlage benützen in Fällen, in welchen die Ekzem-Flecke an Füssen, Armen oder Beinen sitzen. (Monatsh. f. pr. Dermatologie 1889.)

III. Chirurgie-, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Behandlung von Oberschenkelfracturen mittelst der modificirten Extensionsmethode nach Prof. Bardenheuer. Von Dr. Bitter. Während allgemein bei den übrigen Röhrenknochen die ideale Heilung nach Fractur zugegeben wird, wird meist bei Oberschenkelfractur die grosse Seltenheit, respective die Unmöglichkeit einer derartigen Heilung bei aufgehobenem Bruchflächencontact hervorgehoben.

Der Grund für diese Thatsache kann nur in der üblichen Art der Behandlung liegen. Die einfache longitudinale Extension ist bei irgend erheblicherer Dislocation der Fragmente nicht im Stande, der Aufgabe einer neuen Coaptation und Retention der Fragmente gerecht zu werden. Nur in dem Falle, als das Periost — zum Theil wenigstens — erhalten ist, kann der am unteren Fragmente ausgeübte Zug einen corrigirenden Einfluss auf die Stellung des oberen Fragmentes haben. Ist dies aber nicht der Fall, z. B. bei Schrägfractur des Oberschenkels mit ausgedehnter Dislocation ad latus et ad longitudinem, so ist die Einwirkung der longitudinalen Extension — wie sie gewöhnlich geübt wird — eine mangelhafte, unter Umständen aber eine der Intention gerade entgegengesetzte.

Zur Beseitigung dieser Uebelstände, und damit ausser der Dislocatio ad longitudinem auch die anderen Dislocationen eine geeignete Beeinflussung erfahren, hat Prof. Bardenheuer die

Querextension beigefügt, durch welche eine senkrecht zur Längsachse des Knochens wirkende Kraft geschaffen wird, vermittelst welcher die dislocirten Fragmente, das centrale sowohl als das periphere in frontaler wie in sagittaler Richtung gezogen und einander angedrückt werden können.

Sodann wird eine Rotationsextension angewandt, die darin besteht, dass bei gewissen Rotationen der Fragmente diese durch gewisse Massnahmen im entgegengesetzten Sinne rotirt und zur normalen Stellung zurückgeführt werden.

Ferner werden die longitudinalen seitlichen Heftpflasterstreifen, welche den Steigbügel und die Gewichte tragen, nicht bloss bis zur Fracturstelle, sondern möglichst hoch bis zum Trochanter angelegt. Der Hauptvortheil dieser Modification besteht darin, dass eine grössere Contactfläche gewonnen wird, welche die sofortige Anwendung grösserer Gewichtsmengen ermöglicht.

Handelt es sich um eine Fractur im oberen Dritttheile des Femur, bei der beide Fragmente nach aussen dislocirt und einen nach aussen offenen Winkel bilden, so ist nöthig:

1) longitudinale Extension nach unten;

2) Querextension von aussen, wohin beide Fragmente dislocirt sind, mittelst einer Heftpflasterschlinge, die den Oberschenkel an der Fracturstelle umfasst, und von der Spitze des Winkels nach der offenen Winkelseite geleitet wird;

3) Querzug des Beckens nach der verletzten Seite mittelst eines breiten Heftpflasterstreifens, der den Zweck hat, ein Abweichen des Beckens nach der gesunden Seite zu verhüten.

Je nach der verschiedenen Art der Fractur und verschiedenen Dislocation der Fragmentenden werden Längs- und Querzug verschieden modificirt angewendet.

Auffallend gering soll sich nach dieser Behandlung die Callusproduction verhalten, im Gegensatz zur Callusbildung bei einfacher Extension oder beim Gypsverbande.

B. hat am Kölner Bürgerhospitale innerhalb Jahresfrist 18 Oberschenkelfracturen nach diesen Grundsätzen behandelt, die zum grössten Theil ohne, zum Theil mit ganz geringen Verkürzungen von $^1/_2$—$1^1/_2$ cm ausheilten.

(Deutsche med. Wochenschrift 16, 1889.)

Ueber die Anwendung des Opiums bei eingeklemmten Hernien. Originalartikel von Dr. Oppenrieder zu Rügland. In hiesiger Gegend sind Hernien ungemein häufig, so häufig, dass nach Meinung der Leute jeder zweite Mensch einen Bruch hat. Es kommt deshalb auch die Incarceration eines Bruches dementsprechend häufig vor. Zweck dieser Zeilen soll nun sein, besonders jüngere Collegen mit meiner Behandlung eines incarcerirten Bruches bekannt zu machen.

Wenn ich zu einem solchen Fall gerufen werde, ist es

mein erstes, dass ich den Leuten sage, sie sollen den Bruch in Ruhe lassen, höchstens feuchtwarme Ueberschläge machen. Ich selbst habe seit ca. 7 Jahren keine Taxis mehr versucht, da ich mit Opium, wenn keine Verwachsung noch vorhanden war, stets zum Ziele gelangte. Etwas anders ist es natürlich, wenn der Bruch nur durch Operation zurückgebracht werden kann. Ich lasse also stündlich 0,5 Tinct. Opii geben und zwar so lange, bis der Bruch gewöhnlich von selbst wieder in die Bauchhöhle hineinrutscht, nachdem er weich und schlaff geworden ist. Der Schmerz hörte meist schon viel eher auf.

Da eine Incarceration durch eine Reizung des Darmes, sei es durch Erkältung oder durch Diätfehler entsteht, indem die durch den Bruchkanal gelangte Darmschlinge durch vermehrte Peristaltik und dadurch gespannten Darminhalt nicht mehr zurück kann, so ist es einleuchtend, dass alles was den Darm reizt, nur schädlich wirken kann, wenn die Taxis nicht erfolgt. Ich unterlasse daher jeden Repositionsversuch, da ich nicht sicher bin, ob er auch zum Ziele führt. Ebenso reiche ich nie Laxantia aus demselben Grunde. Dagegen gebe ich, wie oben erwähnt, Opium, wodurch erstlich der Darm zur Ruhe kommt, zweitens der Schmerz gestillt oder aufgehoben wird. Wenn noch keine Verlöthungen vorhanden sind, führt Opium sicher zum Ziel. Es ist natürlich eine Hauptsache, dass der Arzt zu einer Incarceration nicht zu spät gerufen wird. Doch auch dann, wenn der Bruch schon ein etwas bläuliches Aussehen hat, thut Opium die besten Dienste. Ist Kothbrechen vorhanden, so dass per os nichts dargereicht werden kann, so gebe ich 3,0 — 5,0 Tr. Opii mit 50,0—70,0 Aqu. als Klysma. Erfolgt dann längere Zeit kein Stuhlgang, so ist nach meinen Erfahrungen Extr. Belladonnae das ausgezeichnetste Eccoproticum (bis 0,5 (!) pro die). Wenn die Leute merken, dass ohne schmerzende Handgriffe oder gar ohne Messer ein Bruch zurückgebracht werden kann, kommen sie gerne und bald zum Arzt ohne vorher durch manuelle Malträtirung die Lage schlimmer gemacht zu haben.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber den Einfluss des Mangans auf die Menstruation. Die von Ringer und Murell im Jahre 1883 publicirte Arbeit über die Behandlung der Amennorrhöe mit Kali hypermang. hat zuerst die Aufmerksamkeit der Frauenärzte erregt, ohne dass jedoch diese Therapie einer weiteren Verbreitung sich erfreuen konnte. Prof. Stephenson in Aberdeen hat diese Versuche seit 3 Jahren wieder aufgenommen und berichtet nun in einem grösseren, in dem Brit med. Journal veröffentlichten Aufsatze in ausführlicher Weise über seine er-

zielten, guten Resultate. Im Ganzen wurden in dieser Zeit 105 Fälle von Menstruationsanomalien der Manganbehandlung unterzogen, und zwar wurden täglich dreimal eine Pille von 0,15 Kali hypermang. nach den Mahlzeiten verabreicht. Nur in einzelnen Fällen wurde die Tagesdosis auf das Doppelte gesteigert. Viele Patienten nahmen das Medicament regelmässig durch 2—3 Monate, ohne dass unangenehme Nebenerscheinungen aufgetreten wären. In 3 Fällen trat allerdings stärkerer Kopfschmerz ein, der jedoch sofort nach Verminderung der Dosis sistirte. Unter den 105 Fällen waren 22 an Amenorrhöe leidende Frauen; von diesen wurden 8 vollkommen hergestellt, in 8 Fällen wurde gar kein Erfolg erzielt; bei 2 Frauen stellten sich zwar Menses wieder ein, um in der Folge neuerdings auszubleiben. Von 7 Fällen, bei denen die Menstruation in unregelmässigen Intervallen sich einstellte, hatte die Manganbehandlung bei 5 Frauen vollen Erfolg. 21 mal wurde diese Therapie eingeleitet, weil die Menses zu spärlich und in verzögerter Art sich einstellten und erzielte 11 mal gute Resultate, blieb jedoch in 10 Fällen resultatlos. Bei 18 Fällen stellte sich nach der Mangantherapie eine auffallende Besserung der Beckenschmerzen und der die Menses sonst begleitenden Disphorie ein. Zugleich konnte eine Besserung der Leukorrhöe constatirt werden, wie dies schon von Ringer beobachtet wurde. In einem Falle von langjähriger Amenorrhöe wurde zwar die Menstruation durch Mangan nicht geregelt, der gleichzeitig bestehende, die Patientin bereits durch 4 Jahre quälende Kopfschmerz vollständig beseitigt. Diese Beobachtung ermunterte Stephenson, die Mangantherapie bei menstrualem Kopfschmerz öfters zu erproben. Von 24 hiehergehörenden Fällen wurden blos 4 nicht gebessert. Besonders bemerkenswerth ist folgender bei einer 35jährigen Frau erzielter Erfolg. Dieselbe litt seit ihrer ersten Menstruationsperiode zu dieser Zeit stets an heftigen Kopfschmerzen. Seit 3 Jahren kamen diese Anfälle auch in der Zwischenzeit alle 14 Tage. Nach der Manganbehandlung blieben die Kopfschmerzen vollständig aus, und hatte die Frau seit 9 Monaten keinen einzigen Anfall mehr. Auch die sogenannten Ovarialschmerzen wurden durch diese Behandlung erheblich gebessert, in vielen Fällen völlig beseitigt. Das Mangan beeinflusst aber auch jene Menstruationsanomalien in günstiger Weise, bei denen die Menses sich zu reichlich und in zu kurzen Intervallen einstellten. Eine 44jährige Frau hatte z. B. seit neun Monaten alle 14 Tage eine fast 10 Tage anhaltende überreichliche Menstrualblutung. Die erste Menstruationsperiode nach Anwendung des Mangans kam schon nach 8 Tagen, die zweite erst nach 28 Tagen, die dritte nach 26 Tagen und dauerte nur mehr 5 — 6 Tage; die Patientin war in dieser Zeit nicht mehr so sehr angegriffen, die Menge des Blutes war

nur wenig vermehrt, die fünfte Menstruation war bereits nach Zeit und Menge vollkommen normal.

Es frägt sich nun, wie wirkt das Kali hypermanganicum, und welche Fälle eignen sich am besten für seine Anwendung? Man könnte denken, dass es einen directen Einfluss auf die Generationsorgane ausübe, ähnlich wie das Ergotin specifisch auf den Uterus, die Digitalis auf das Herz wirkt. Doch die Beobachtung spricht jedoch für die Ansicht, dass die Wirkung des Mangans mehr als eine tonisirende, die Constitution verbessernde aufzufassen sei, allerdings nicht in dem Sinne, wie jene des Eisens. Denn in Fällen von Anämie und Chlorose kann das Mangan das Eisen keineswegs ersetzen. Zur Beseitigung der Menstruationsanomalien in solchen Fällen muss man Mangan mit Blaud'schen Pillen combiniren. Die klinische Beobachtung, wie das pharmakologische Experiment, lehrt vielmehr, dass das Mangan einen directen Einfluss auf die vasomotorischen Centren ausübt, und seine Einwirkung auf die Anomalien der Menstruation wird wohl auch auf diesem Wege sich geltend machen. Wir wissen es auch, dass viele Fälle von Menstruationsanomalien durch Gefässausdehnung und gesteigerten Blutdruck im venösen Gebiete in Folge von vasomotorischen Störungen zu Stande kommen, und indem wir annehmen, dass das Mangan die Vasomotoren beeinflusse, können wir seine Wirkung bei diesen Störungen der Menstruation, bei den dieselben begleitenden Kopfschmerzen und bei der Ovarie verstehen. (Wiener med. Blätter.)

Ueber Drüsenfieber. Von Dr. E. Pfeiffer in Wiesbaden. (Jahrb. f. Kinderhk. Bd. 19. Hft. 3—4.) Pfeiffer beschreibt den klinischen Verlauf einer sehr häufig vorkommenden Krankheit, über welche in der Literatur überhaupt kein Wort erwähnt ist. Ein Kind von 5, 6 oder 8 Jahren erkrankt mit heftigem Fieber, Schmerzen in allen Gliedern und grosser Unruhe, oft auch mit Erbrechen und Appetitlosigkeit. Das Fieber steigt bis 39—40°, die Zunge wenig belegt, Fauces leicht geröthet, jedoch ohne Belag. Stuhl retardirt. Am Halse findet sich grosse Schmerzhaftigkeit beim Schlucken und bei Bewegungen und die Untersuchung ergibt mehrere im ganzen Umfange des Halses geschwellte und schmerzhafte Lymphdrüsen, besonders aber am hinteren Rande des Kopfnickers und im Nacken. Am anderen Tage ist häufig das Fieber bereits geschwunden, das Kind ist wieder munter und nur die geschwellten Lymphdrüsen am Halse sind einige Tage noch nachzuweisen. Nach kurzer Zeit schwinden auch diese. In anderen Fällen dauert das Fieber länger, die Krankheit zieht sich durch Nachschübe 8—10 Tage hin, die Drüsen schwellen erst auf der einen Seite, um am anderen Tage auch auf der anderen Seite anzuschwellen. Die Schleimhaut des

Schlundes röthet sich etwas mehr, es kann auch Hustenreiz bestehen und es zeigt sich das Bild eines Schnupfens. Am 3. oder 4. Tage ist jedesmal die Leber und Milz deutlich vergrössert; beide palpabel und tritt zunächst Schmerzhaftigkeit am Unterleibe auf, die ganz genau in der Mittellinie und genau in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse sitzt. Der Schmerz daselbst wird mehr spontan als auf Druck empfunden. Weitere Localerscheinungen bestehen keine. Der leichte Hustenreiz und die angegebenen Schmerzen im Unterleib deuten vielleicht darauf hin, dass ausser den Nackendrüsen, Leber und Milz auch die retroösophagealen, retrotrachealen und mesenterialen Drüsen geschwellt sind. — Viele ähnliche Fälle, besonders wenn sie sich länger hinziehen, können zu irrthümlichen Diagnosen verleiten, Scharlach oder Typhus befürchten lassen, wovor nur das charakteristische Symptom der Drüsenschwellungen am Halse schützen kann. Die Prognose ist immer günstig, auch in schweren Fällen; die Drüsen übergehen nie in Eiterung. Die klinische Beobachtung charakterisirt diese Erkrankung als Infectionskrankheit, denn sie tritt in Epidemien auf, u. zw. in Hausepidemien, von welchen P. eine besonders lehrreiche Hausepidemie schildert. Die Diagnose »Drüsenfieber« kann jedoch nur dann gestellt werden, wenn, bei bestehendem Fieber, die Nackendrüsen sozusagen unter den Augen des Beobachters anschwellen und wenn sie deutlich schmerzhaft werden. Die Localisation der angeschwollenen Drüsen hinter dem Kopfnicker ist differential-diagnostisch wichtig, um abortive Diphtherie, d. h. Diphtheritis der Mandeln ohne Belag auszuschliessen. Typhus abortivus unterscheidet sich durch seinen charakteristischen Curvenverlauf, dem Kopfschmerz, der begleitenden Bronchitis und dem typhösen Stuhl. Scharlach, Masern und Varicellen konnte P. in allen seinen Fällen von »Drüsenfieber« ausschliessen. Die Therapie beschränkt sich auf Oeleinreibungen der geschwellten Drüsen, Einpackungen des Halses in Watte und Bettruhe in schweren Fällen. In einem Zusatze zu Pfr.'s Ausführungen schliesst sich Heubner dieser Anschauung an, die er noch durch einige selbst beobachtete casuistische Fälle ergänzt. In zwei Fällen von »Drüsenfieber« beobachtete dieser sogar Nephritis, ein Beweis für den allgemeinen Charakter dieser Erkrankung als Infectionskrankheit. (Med. Rundschau.)

Zur Behandlung des Keuchhustenanfalles empfiehlt P. Naegeli (Schweizer Corr.-Bl. No. 14) die Wegsammachung des Kehlkopfeinganges durch das Lüften des Unterkiefers, wie es Kappeler (Anaestnetica in »Deutsche Chirurgie«) als Howard-Heiberg'schen Handgriff für die Asphyxie im Excitationszustande der Chloroformbetäubung klinisch und experimentel empfohlen hat. Naegeli beschreibt diese Handgriffe, wie er sie beim Keuchhusten anwendet, in folgender Weise:

1. »Handgriff von vorn. Trete ich von vorn an das Kind heran, so fasse ich mit den Zeige- und Mittelfingern den aufsteigenden Ast des Unterkiefers vor dem Ohr fest an, setze die Daumen auf's Kinn und mit kräftigem aber doch sanftem Zug und Druck wird der Unterkiefer nach vorn und unten geschoben. Ist der Mund etwas geöffnet, greife ich in der Gegend der Eckzähne unter der Zunge ein und fixire so den Kiefer.*) Wird die Zunge vorgestreckt, ist der Mund also schon etwas geöffnet, so fasse ich gleich von Anfang an mit den beiden Daumen oder den Zeigefingern den Kiefer an besagter Stelle inwendig, lege die übrigen Finger am Unterkieferkörper auf und vollführe derart den Zug nach vorne und unten. Sehr häufig setze ich nur den Daumen oder Zeigefinger hinter den vordern untern Schneidezähnen ein, greife mit der übrigen Hand unter's Kinn und bewekstellige so den Zug.**) Die zweite Hand liegt auf der Stirn des Patienten und vollzieht den Gegendruck, in der oben angegebenen Weise. Diese letzte, einfachste Methode habe ich im spätern Stadium der Krankheit fast einzig noch angewendet.

2. Handgriff von hinten. Kehrt mir Patient gerade den Rücken zu, so setze ich beide Daumen dicht oberhalb des Kieferwinkels vor dem Ohr an, lege die Zeigefinger auf den Jochbogen und die übrigen Finger an's Kinn und stosse nach vorn und abwärts. Oder die Zeigefinger greifen unter den Eckzähnen in den Mund und helfen den Zug in besagter Weise auf's Schnellste in's Werk setzen. Sobald der Kiefer gelüftet ist, fordere ich das Kind auf, tief einzuathmen. Der Handgriff ist so einfach und leicht, dass ihn jede verständige Mutter oder Wärterin, ja ältere Geschwister an kleineren Kindern ausüben können; zudem ist er so absolut schmerzlos, dass die Patienten sich nicht nur dagegen sträuben, sondern wenn sie den herrlichen Erfolg einmal an sich verspürt haben, herbeispringen, sobald sie den Husten kommen fühlen, damit man sie behandle. Oft versuchen die Kleinen sogar die Manipulation an sich selber zu machen. Die Einwirkung meines Verfahrens auf den Stickkrampf erkläre ich mir einmal durch Lösen des Muskeltonus (reflectorisch), sowie mechanisch, indem durch Heben des ganzen Kehlkopfs mit dem Zungenbein (Anspannen des m. genioglossus) der Kehldeckel, vielleicht auch die rima glottidis geöffnet wird. Sei meine Erklärung richtig oder nicht, das Factum halte ich aufrecht, dass durch den geschilderten Handgriff der Keuchhustenstickanfall in weitaus den meisten Fällen sofort oder in wenigen Secunden coupirt werden kann. Bei meinen Hauspatientchen gelang mir dies je-

*) Letzteres ist nicht absolut und nicht immer nöthig.

**) Es versteht sich von selbst, dass kein Druck auf die Zähne ausgeübt wird, sondern die Gewalteinwirkung gegen den Knochen gerichtet ist.

desmal; sie kamen darum nie zum Brechen, als wenn gerade Niemand da war, der sie behandeln konnte. Eine Reihe von Eltern, denen ich die Manipulation zeigte, übten dieselbe aus und rühmten denselben guten Erfolg. Bei scheuen oder widerspenstigen Kindern, die durch Angst und Furcht vor dem ihnen unbekannten Eingriff von einer fremden Person, dem Arzte, aufgeregt werden, ist der Effect die ersten Male vielleicht kein so in die Augen fallender. Ich rathe darum sehr, die Procedur von Eltern und Geschwistern einüben und durch sie vornehmen zu lassen. Welches ist nun der Einfluss meines Verfahrens auf die Krankheit selbst und deren Verlauf? Allerdings kann ich noch nicht mit einer grossen Reihe von Krankengeschichten und Curven aufrücken, dafür sind aber die wenigen Fälle genau beobachtet. Es ergab sich mir folgendes Resultat: Durch das Ausschalten der Stickanfälle nimmt die Krankheit einen viel leichteren Charakter an, es kommt nicht zum Erbrechen, die Blutungen und die Complicationen durch erhöhten Druck in Blutgefässen und Körperhöhlen fallen weg. Der Schleim wird nach Aufhören des Krampfs durch gewöhnliche Hustenstösse expectorirt, es bildet sich überhaupt viel weniger jenes pathognomischen Schleimes, wenn die Behandlung von Anfang der Krankheit an eingeleitet wurde. Es ist mir nämlich klar, dass ein grosser Theil des Schleimes erst während des Hustenparoxymus durch Ausquetschen aller Schleim producirenden Drüsen gebildet wird.«

Verschiedenes.

Verband mit antiseptischer Paste nach Prof. Socin-Basel. — Für Stellen, an denen ein chirurgischer Verband schwer anzulegen, empfiehlt S. folgende Paste:

Rcp. Zinc. oxyd. . . 50,0
Aq. 50,0
Zinc. chlorat. . 5—6,0
M. exactimisse.

Am besten bereitet sich der Chirurg diese Paste selbst kurz vor dem Gebrauch, damit sie möglichst frisch ist. Nach der Operation der Hasenscharte und Anlegung der Naht, gehöriger antiseptischer Waschung des Operationsfeldes trocknet man dieses sorgfältig ab und breitet mit einem Spatel die nothwendige Menge von der Paste auf die genähte Wunde und die nächste Nachbarschaft aus, wobei dafür zu sorgen ist, dass die Nasenlöcher nicht verstopft werden. Die Paste trocknet nach einigen Minuten, während welcher man einige Flöckchen Watte derselben inkorporirt, um sie haltbarer zu machen. Schliesslich erhält man eine feste Kruste, die für Luft und Flüssigkeiten undurchdringlich ist. Die Paste bleibt 4—5 Tage darauf, worauf man sie mit Vorsicht

abnimmt, um die Nähte zu entfernen. Darauf wird von neuem Paste applicirt, die man am Platz lässt, bis sie nach 5 — 6 Tagen von selbst abfällt. Dann ist die Wunde vernarbt. Die Paste reizt nicht und macht selbst bei längerer Applikation kein Ekzem.

(Sem. méd. 10/89.)

Bei den in der Mundhöhle verwendbaren antiseptischen Mitteln erfordert die Frage nach ihrer Anwendbarkeit eine ganz besondere Berücksichtigung, und in dieser Richtung hat Prof. Miller (Berlin) eine Anzahl der in der Mundtherapie gebrauchten Mittel, und zwar lediglich in der Form und Concentration, in der sie in der Mundhöhle als Mundwasser zur Anwendung kommen können, versucht. Gewöhnlich bleibt beim Mundausspülen das Mittel höchstens 1 Minute mit der Mundschleimhaut und den Zähnen in Berührung — und brauchen wir demnach zum Zweck der Sterilisation der Mundhöhle ein Mittel, welches in anwendbarer Concentration im Stande ist, die Pilze innerhalb 1 Minute zu tödten. Wie weit dies durch die uns zu Gebote stehenden Mittel erzielt werden kann, ergiebt folgende Tabelle:

Antisepticum	Concentration	Zeit der Wirkung, nöthig zur Sterilisation
Salicylsäure	1 : 100	1/4 Minute.
Benzoësäure	1 : 100	1/4 „
Salicylsäure	1 : 200	1/2 „
Quecksilbersublimat	1 : 2500	1/2—3/4 „
Benzoësäure	1 : 200	1—2 „
Thymol	1 : 1500	2—4 „
Quecksilbersublimat	1 : 5000	2—5 „
Wasserstoffsuperoxyd	10%	10—15 „
Carbolsäure	1 : 100	10—15 „
Pfefferminzöl (in angenehmer Stärke zum Mundausspülen) .	—	5—10 „
Uebermangansaures Kali . . .	1 : 4000	über 15 „
Borsäure	1 : 50	„ 15 „
Kalkwasser	—	keine Wirkung.

Einladung zur 62. Versammlung

deutscher Naturforscher und Aerzte vom 17. — 23. September zu **Heidelberg.** Das Empfangs- und Auskunftsbureau wird am 16. September im Bayrischen Hof, Rohrbacherstrasse 2, eröffnet. Anmeldungen für Privatwohnungen nimmt der Schriftführer des Wohnungscomités, Rathsschreiber Webel (Rathhaus Heidelberg) entgegen.

Verleger: G. Rathgeber in Wetzlar.
Redacteur: Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Gedruckt bei Ferd. Schnitzler in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 9. XXX. Jahrgang. September, 1889.

Diese Zeitschrift erscheint monatlich zu 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Verlagshandlung** zu richten.

Inhalt:

Die Verkennung des Irreseins. — Chloralformamid (Chloralamid), ein neues Schlafmittel. — Zur Pathogenese der epidemischen Diphtherie. Entfettungskuren bei Gelenkkrankheiten. Amylenhydrat gegen Epilepsie. — Eine neue Methode, Knochendefecte des Schädels zu decken. Ueber Wundbehandlung mit Zucker. Eine Quellsonde zur Behandlung von Verengerung der Speiseröhre. — Die Wendung bei engem Becken. Zur gynäkologischen Balneotherapie. Ueber hereditäre Syphilis. — Behandlung des Typhus abdominalis mit Darminfusion von Tanninlösung.

Die Verkennung des Irreseins.

(Der Irrenfreund, 89. Nr. 1 u. 2.)

(Fortsetzung zu Seite 126 d. Jahrgangs.)

Das nicht Erkennen oder auch das nicht Anerkennen geistiger Störung in den Familien, das Bemühen, Fälle von Irresein zu verheimlichen — aus Furcht vor Schande und Nachtheil, aus Eitelkeit und Eigennutz — die damit verbundene Scheu vor den Anstalten ist ein sehr fruchtbarer Boden für Misslichkeiten und Unglücksfälle aller Art, schimpfliche, Aufsehen und Schrecken erregende Ereignisse, Störungen der gesellschaftlichen Ordnung und Ruhe, Rohheiten und sittliche Vergehen, Vermögensverluste oft erheblicher Art, Spaltung und Auseinanderreissung ganzer Familien, Entartung und Untergang der Geschlechter, Beeinträchtigung und Gefährdung des Gemeinwohls.

Dieser fruchtbare Boden, auf dem die Auswüchse des verkannten und unbewachten Irreseins in schrecklicher Gestaltung wuchern, wird neuerdings befruchtet durch die Ueberschwemmung mit unklaren und schön klingenden Worten und Redensarten, die das Irresein noch mehr verdecken. Geistig kranke, ja tief kranke Menschen werden nur »nervös«, überreizt, überspannt, angegriffen, excentrisch, hysterisch, neurasthenisch genannt; ihren Verstand haben sie noch, und sie gehören daher nicht in eine Anstalt. Ja, sie haben ihn noch — in der Unterhaltung mit Laien, welche die geistige Veränderung nicht entdecken, sie haben ihn noch vor Fremden, denen gegenüber sie sich bemühen, gesund zu erscheinen, sie haben ihn noch zu Zeiten, sie sind nicht andauernd geistig gestört, und wenn, so wissen sie doch über manche Dinge noch so klar, mit so treuem Gedächtniss und so richtigem Ur-

theil zu sprechen, dass man unmöglich eine geistige Störung annehmen kann.

Man spricht dann häufig von »fixen Ideen.« »Der ist nicht irre, der hat nur eine fixe Idee.« Dieses Wort, das für den Irrenarzt gleich ist dem Urtheil »Unheilbarkeit«, hat für viele Laien gar keine schlimme Bedeutung; man meint, die »fixe Idee« könne leicht »ausgetrieben« werden; man hat eben gar keinen Begriff von dem Wesen des vielgestaltigen Irreseins; andere halten es dagegen für sehr schwer, dem Kranken die fixe Idee »auszureden«; das ist mehr als sehr schwer, denn es ist unmöglich; einem Gesunden kann man eine falsche Idee durch Belehrung nehmen, bei dem Geisteskranken lassen sich durch Worte fixe Ideen, die in stofflichen Veränderungen des Gehirns wurzeln, nicht »austreiben«.

In der Familie eines Geisteskranken ist auch die Annahme einer blossen Character-Veränderung desselben ganz gewöhnlich, die, wie man meint, sich ganz selbständig entwickeln könne, als ob sie mit dem Denken nichts zu thun habe, und die man auch nicht für so schlimm oder so schimpflich hält, wie geistige Störung. Es ist richtig, das Irresein, wenn allmählig sich entwickelnd, erscheint zuerst als Veränderung des Characters; der Kranke wird in seinem Benehmen und Verhalten anders, als er früher war, er erscheint den Angehörigen und Bekannten fremd und sonderbar; er wird gleichgültig, sorglos, nachlässig, träge, verwahrlost sein Geschäft, zieht sich aus der gewohnten Gesellschaft zurück, wird schweigsam, finster und mürrisch, oder er wird lebhafter, eifriger, reizbar, unverträglich, eigensinnig, leichtsinnig, verschwenderisch etc.

Aber solchen und anderen Veränderungen des Characters und sittlichen Verkehrtheiten liegt eine Abänderung des Denkens zu Grunde, die als innerer Vorgang durch jene äusserlich auffallenden Erscheinungen verdeckt wird, die aber der Arzt und Psychologe, in sachverständiger Weise den betreffenden Fall untersuchend, gewöhnlich bald entdeckt; ihm erscheint der in seinem Character veränderte Mensch als ein geistig gestörter Kranke.

Auch versteckt sich das Irresein sehr häufig unter der Maske eines »Gemüthsleidens«, für das man in der Familie und Umgebung des Kranken leicht einen guten Grund findet, da ja das Leben der Menschen so reich ist an alltäglichen Widrigkeiten aller Art, an bitteren Enttäuschungen, an herben Kränkungen und Verlusten, die das »Gemüth« heftig ergreifen und erschüttern. Was ist da natürlicher, als dass ein schon geisteskranker Mensch, dessen Verstimmung, Trauer, Kummer, Besorgniss, Angst gerechtfertigt erscheint, nur für gemüthsleidend gilt, zumal er noch vernünftig spricht und keinen Unsinn redet. Zu einem Solchen ruft man zuerst gute Freunde, die ihn aufheitern sollen, man sucht ihn durch Worte

und allerlei Zerstreuungen zu heilen, man ruft den Pfarrer und wendet die Tröstungen der Religion an. Man findet keinen Grund und keine Veranlassung zur Berathung eines Arztes, und wenn, so geht man doch an der Thür des Irrenarztes vorbei, der vielleicht erst auf Vorschlag des Hausarztes oder später im Geheimen gerufen wird. Man scheut sich, die schliesslich geahnte oder erkannte geistige Störung offen anzuerkennen. In sehr vielen Fällen hat der Hausarzt es mit so empfindlichen und unverständigen Familien zu thun, dass er jede Andeutung geistiger Störung und noch mehr der Wohlthat einer Anstalt zu scheuen hat. Und doch ist das Gemüthsleiden, wenn es nicht eine durch Widerwärtigkeiten im Leben, denen jeder Mensch zugänglich ist, bedingte, vorübergehende, gedrückte, gereizte Stimmung ist, — nichts anderes, als eine wirkliche geistige Störung, der Ausdruck eines Gehirnleidens, selbst ein wirklicher Wahnsinn von vornherein. Aber er spricht sich seltener von vornherein in den mündlichen Offenbarungen des schweigsamen und verschlossenen Kranken aus, als in dessen verändertem Verhalten und Handeln, aus dem seine Familie und Umgebung auf ein Gemüthsleiden oder eine Character-Veränderung schliesst.

Selbst gebildete und gelehrte Menschen haben es sich noch nicht klar gemacht, dass »Character«, »Gemüth«, »Wille« nicht selbstständige Seelenvermögen neben dem Denken und Verstande sind, sondern nur kurze Bezeichnungen für Vorgänge und Verhältnisse im Denken, — der einzigen geistigen Thätigkeit. Gewisse Veränderungen des Characters, Gemüthsstörungen, Verkehrtheiten des Wollens sind demnach nichts anders, als Störungen des Denkens, als Erscheinungen der Geisteskrankheit. Der naturwissenschaftlich gebildete Arzt, metaphysischen Ansichten fremd bleibend, wird die geistige Störung als Krankheit des Gehirns da nicht verkennen, wo die Familie und Umgebung des Kranken sie nicht annehmen. Aber er ist nicht immer Herr ihrer Meinungen und Entschlüsse, und die Verblendung, die Einsichtslosigkeit, die Eitelkeit und die Vorurtheile der Laien sorgen dafür, dass in den häuslichen Verhältnissen der Geisteskranken nicht als Richtige für sie geschieht; dem Verkennen oder nicht Anerkennen des Krankseins folgt nothwendig bald Unglück und Missgeschick verschiedener Art, Vermögensverluste, Unsittlichkeiten, Selbstmord etc., bald Vernachlässigung oder falsche Behandlung, selbst bis zur roher Misshandlung und dem Vergessen aller Rücksichten, die man den Kranken als Menschen unter allen Umständen noch schuldig ist.

Solche falsche und rohe Behandlung trifft gerade die Fälle geistiger Störung, welche als blosse Character-Veränderung und als sittliche Entartung erscheinen, welche demnach die Geduld der Angehörigen auf harte Proben stellen und ihre Er-

bitterung, ihren Zorn und Eigennutz herausfordern; es sind dieselben Fälle, welche vor der Strafkammer, in den Schulen, von den Militärbehörden verkannt, ungerechter Bestrafung unterliegen.

Die Verkennung oder nicht Anerkennung und die Verheimlichung des Irreseins in den Familien hat, da sie glücklicher Weise nicht immer zu bedauernswerthen, das Vermögen, die Ehre, das Leben gefährdenden Ereignissen oder zu roher Behandlung der Kranken führt, — mindestens die üble Folge, dass derselbe in seinen häuslichen Verhältnissen bleibt, oder anderen Verhältnissen ohne ärztliche Ueberwachung übergeben wird; so geschieht nicht zu rechter Zeit das Richtige für ihn; so bleiben viele Geisteskranke ungeheilt, und die Welt und die Anstalten, deren Hülfe schliesslich doch in Anspruch genommen werden muss, füllen sich mit unheilbaren Irren.

Alle öffentlichen Asyle, so viele auch in letzter Zeit erweitert wurden oder neu entstanden, sind überfüllt; für heilbare Fälle, die man ihnen zuführen möchte, fehlt oft der Platz; sie müssen auf die Aufnahme warten, und es verstreicht dann wieder die für die Heilung günstigste Zeit.

So häuft sich das Irresein in erschreckender Weise an in den Irrenhäusern, in den Familien, auf dem Markte des öffentlichen Lebens, dort, weil es vorher lange verkannt oder nicht anerkannt, häufig zu spät, verpfuscht und unheilbar, die richtige Behandlung findet, hier, weil viele Fälle wegen Ueberfüllung der Anstalten auf die Aufnahme daselbst warten, andere, ebenso viele oder noch mehr Fälle, gar nicht erkannt oder noch nicht »reif« genug für die Anstalt erachtet, in den freien Verhältnissen des Lebens bleiben.

Hier begegnen uns die verkannten und verkappten Fälle von Irresein in den wunderlichsten Masken und Kleidern, welche ja auch wohl dem Laien auffallen, aber ihm gewöhnlich nur einen »Sonderling«, einen »Abenteurer«, einen »excentrischen« Menschen, einen hochmüthigen, lächerlichen »Narren«, ein »verkommenes Genie«, einen »griessgrämigen Patron«, einen »Hypochonder« und »Misanthropen«, einen rechthaberischen »Prozesser«, einen widerlichen »Denuncianten«, einen heuchlerischen »Betbruder«, einen »Taugenichts« verschiedener Färbung, einen »Bummler«, eine »Kanaille« u. s. w. vorführen. Es sind grösstentheils unheilbare, für das Irrenhaus längst »reife« Individuen, deren Entfernung aus der Freiheit den Familien, der gesunden Bevölkerung, den Gemeinden, in denen sie leben, viele Störungen der verschiedensten Art, Kummer, Schrecken, ärgerliche und Aufsehen erregende Vorfälle, Verluste und Unglück, den verschiedenen Behörden vielfache Belästigungen ersparen würde, Belästigungen, die doch nur verhältnissmässig selten zur Ueberführung der wunderlichen und verkehrten Individuen in die schützende Irrenanstalt führen.

Das aber würde nicht nur die gegenwärtige, sondern auch die künftige Gesellschaft schützen, denn viele von diesen verkannten Irren sind noch erwerbs- und gesellschaftsfähig, sie verheirathen sich, leben in der geschlossenen Ehe weiter oder erzeugen ausser der Ehe Kinder, die ihr Irresein oder wenigstens die Anlage dazu erben, — eine Quelle weiteren Unglücks und weiterer Entartung der Geschlechter.

Anbetrachts der Wahrscheinlichkeit solchen und anderen gesellschaftlichen Missgeschicks erscheint die Anhäufung des Selbstmords, dem die verkannten und unbewachten Fälle des Irreseins massenweise erliegen, noch als eine Errettung der Individuen selbst und ihrer Familien, als ein Glück für die Gemeinden und den Staat, dem die weitere Anhäufung und Verbreitung des Geisteskrankheiten wahrlich keine gleichgültige Sache ist, — schon desshalb nicht, weil die heutigen staatlichen Verhältnisse namentlich viele und gesunde Soldaten erfordern.

Das Leben der Grossstädte mit seinen vielfachen Interessen, Bedürfnissen und Ansprüchen leistet in seinem erregten und geschäftigen Treiben, wo der einzelne sogar unter demselben Dache mit Anderen von diesen kaum beachtet wird und in der Masse verschwindet, der Verkennung und Nichtbeachtung des Irreseins den grössten Vorschub, und wahrhaft erschreckend sind die täglichen Polizeiberichte und die häufigen Meldungen aller Zeitungen über von Geisteskranken verübte Skandale, Rohheiten und Grausamkeiten, Selbstmorde und Morde, Brandstiftungen und sonstige Verbrechen, die bei richtiger Erkenntniss ihres Zustandes und bei dieser entsprechenden Massregeln hätten verhütet werden können, zum grössten Theile wenigstens.

Da kommt aus dem Süden die Meldung: »Des fünffachen Mordes und des Selbstmordes hat sich in B. der J. E. schuldig gemacht; er vergiftete seine Kinder im Alter von 8 Jahren bis 6 Monaten durch Cyankali. Ursache der entsetzlichen That ist die Verzweiflung des Unseligen, für die Kinder nicht mehr entsprechend sorgen zu können.«

Fast gleichzeitig meldet der Polizeibericht einer nordischen Grossstadt, dass am 5. Nachmittags ein Arbeiter in seiner Wohnung mit Schnittwunden an beiden Handgelenken im Bette todt aufgefunden wurde, dass Vormittags ein Kaufmann in seiner Wohnung sich vergiftete, dass Abends ein Gymnasiast in seiner Wohnung seinem Leben durch Erhängen ein Ende zu machen suchte.«

Der Bericht eines andern Tages lautet: »Morgens wurde ein Schneidermeister auf seinem Grundstück in einem Holzstall erhängt vorgefunden. Abends lag ein obdachloser Arbeiter bewusstlos unter der Eisenbahn-Ueberführung; da er anscheinend den Versuch gemacht, sich durch Genuss von Schwefel

und Carbol zu vergiften» wurde er nach dem Krankenhause gebracht. Zu derselben Zeit versuchte ein Arbeiter, sich in seinem Hause, in Folge von Familien-Zwistigkeiten, mittelst Oleum zu vergiften; noch lebend wurde er nach dem Krankenhause gebracht.«

Am 9. ds. Monats Nachmittags sprang ein Photograph, vermuthlich in Folge religiösen Wahnsinns, aus dem ersten Stock seines Hauses auf den Strassendamm hinab und erlitt u. s. w. In der folgenden Nacht stürzte sich ein Beamter in einem Anfalle von Verfolgungswahn aus seiner im 4. Stock belegenen Wohnung auf den Hof hinab und erlitt einen Schädelbruch, so dass er auf der Stelle verstarb.

Stellt man die Zeitungsberichte aus verschiedenen Provinzen Deutschlands zusammen, so findet man fast täglich alle Arten des Selbstmordes vertreten, oft in Verbindung rücksichtsloser Blossstellung trauriger und geheimer Familien-Verhältnisse, mit erschütternden Vorgängen in der Familie, mit raffinirter Auffindung und Wahl grauenhafter und die Gesellschaft in Aufregung versetzender Mittel und Wege zum Zwecke.

So oft liest man die Meldungen kaum glaublicher Rohheiten und Grausamkeiten, allerlei Verbrechen, die unter sonderbaren Umständen, mit das sittliche Gefühl empörender gemeiner Lust, in grausenhafter Weise oder in unerklärlicher Unbesonnenheit ausgeführt wurden.

»Vom Regen durchnässt, heisst es in einer westdeutschen Zeitung, trat dieser Tage ein armes Kind in eine Dampfmühle mit der bescheidenen Bitte um Obdach, bis seine Kleider trocken geworden seien. »Setzt' dich nur auf den Kessel«, sagte der Heizer. Das that der Kleine. Kaum aber hatte er sich gesetzt, so lässet der Unmensch durch ein schnell geöffnetes Ventil siedenden Wasserdampf auf ihn einströmen. Das arme Kind trug am ganzen Körper schwere Brandwunden davon. Welche Strafe wäre wohl für solch' boshaften Peiniger hart genug?

Sicherlich die schwerste, welche das Gesetz gestattet. Aber vorher untersuche man, war dieser »Unmensch« nicht ein verkappter Irre, ein betrunkener oder ein epileptischer Imbeziller?

Ungeheuerliche Verbrechen kommen auch noch vor im frühesten Stadium der Dement. paralytica, in vorübergehenden Bewusstseinsstörungen, die nach der That gar nicht mehr nachzuweisen sind, und doch lässt sich unter Berücksichtigung aller Umstände vor und bei der That, unter Auffassung der ganzen Persönlichkeit des Thäters und seiner Lebensverhältnisse nicht annehmen, dass er mit Ueberlegung gehandelt.

Die spätere Geschichte solcher Unglücklicher, die so häufig von der öffentlichen Meinung verurtheilt und im öffentlichen

Strafverfahren entehrt werden, beweist, dass man den Beginn ihrer Störung nicht erkannt hat.

Wenn all' die Tausende verkappter Geisteskranker, die unter den Geistesgesunden der Bevölkerung frei sich bewegen, zu Verbrechern und Angeklagten würden, dann könnte man die Welt eher ein grosses Irrenhaus nennen.

Mit gräulichen und blutigen Zügen schreibt sich das verkannte und unbewachte Irresein in die Familienbücher, in die Jahrbücher der Rechtspflege, des Gemeindewesens, in die Geschichte der Völker ein, und überall und zu allen Zeiten, in allen Ständen und gesellschaftlichen Kreisen, in den Hütten der Bettler, in den Schlupfwinkeln der obdachlosen Vagabunden, in den Schlössern und Palästen der Fürsten und Könige schleicht mit gleich furchtbarer Gewalt das unheimliche Gespenst des Irreseins. Dieses zu entlarven, richtig zu fassen und unschädlich zu machen, wird die ernste und schwere Aufgabe der Gesellschaft und des Staates bleiben.

Unsererseits wiederholen und ergänzen wir in Folgendem schon öfters im »Irrenfreund« gegebene Andeutungen und Belehrungen, die geeignet sind, vor dem Verkennen geistiger Störung möglichst zu schützen, und die Wege bezeichnen, auf denen man deren allerseits bedauerlichen und furchtbaren Folgen nach Möglichkeit vorbeugt.

I. Pharmacologie und Balneologie.

Choralformamid — ein neues Schlafmittel. Chloralamid ist ein Additionsprodukt aus Chloralanhydrid mit Formamid und hat demnach die Formel

$$CCl_3CH < \begin{matrix} OH \\ NHCHO \end{matrix}$$

Es stellt farblose Krystalle dar und ist in 9 Theilen Wasser und in $1^1/_2$ Theilen 96 proz. Alkohol löslich. In alkalischen Flüssigkeiten zersetzt es sich, während schwache Säuren es unverändert lassen. Sein Geschmack ist milde, etwas bitter. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass man es am besten in Wein oder in Oblaten verabfolgt.

Das Chloralamid wurde als Hypnoticum von v. Mering, dem wir bereits das Amylenhydrat verdanken, eingeführt. Die physiologischen Wirkungen auf den thierischen Organismus hat Eugen Kny (Therap. Monatsh. Augustheft) geprüft. Frösche, denen 0,025 — 0,03 Grm. Chloralamid in wässeriger Lösung injizirt wurde, verfielen in einen trägen schläfrigen Zustand, von dem sie sich nach 2—3 Tagen wieder völlig erholten. Kaninchen, welche $1^1/_2$ — Grm. Chloralamid in den Magen erhielten, verfielen nach 20 — 25 Minuten in tiefen Schlaf. Nach 10—12 Stunden waren die Thiere wieder ganz

munter. Aus weiteren Thierversuchen (Kaninchen) ergab sich die wichtige Thatsache, dass das Chloralamid zum Unterschiede vom Chloralhydrat den Blutdruck nur sehr wenig alterirt. Die Differenz der Blutdruckshöhe bewegt sich in den Grenzen, wie sie beim natürlichen Schlafe vorkommen können. Bezüglich seiner Wirksamkeit am gesunden Menschen geben Hagemann und Strauss (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33, 1889) an, dass es, in Dosen von 1 — 4 Grm. 6 Studirenden verabreicht, nur zur Folge hatte, dass dieselben 2 Stunden länger als sonst schliefen; beim Aufwachen fühlten sie sich ganz frisch. Nur zwei klagten nach Einnahme des Mittels über leichten Kopfschmerz. Ein Einfluss auf die Cirkulation, Respiration und Nieren konnte von ihnen ebenso wie früher von Hajen und Hüfler (Münch. Med. Wochenschr. Nr. 30) nicht wahrgenommen werden. Auch auf die Funktion des Magens schien es keinen ungünstigen Einfluss zu üben. Als üble Nachwirkung lässt sich demnach nur mit Sicherheit ein leichter Schmerz und Eingenommensein des Kopfes, das etwa in einem Drittel der Fälle auftritt, und hie und da ein Schwindelgefühl feststellen. Erwähnt muss jedoch werden, dass in einem Falle dyspeptische Beschwerden (H. und S.), in einem anderen konstant nach dem Erwachen starkes Hungergefühl und je einmal Erbrechen und Kollaps (H. und H.), welche letztere zwei Folgezustände aber nicht sicher auf das Mittel zurückgeführt werden können, beobachtet wurden. In einem Falle von kardialem Asthma hob sich geradezu der Puls unter der Verabreichung des Mittels. Reichmann (Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 31) schloss gleichfalls unter Aufnahme sphygmographischer Kurven jede Einwirkung auf das Herz aus. Zu den genannten beobachteten Nebenwirkungen fügte Peiper (Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 32) noch Trockenheit im Halse und vermehrtes Durstgefühl hinzu. Hinsichtlich der Grösse der Gabe hatte Mering 3 Grm. als schlaferzeugende Dosis angegeben. Auch die anderen Autoren gaben 2—3 Grm. Nur Hagemann und Strauss erzielten oft bereits mit 1 Grm. einen Erfolg und wollen stets mit dieser Dosis begonnen wissen. Der Schlaf tritt zumeist nach einer halben Stunde ein. Auch hinsichtlich der Wirksamkeit stimmen die meisten Autoren überein. Sie stimmen der Angabe v. Mering's bei, der es bei Agrypnie in Folge einfacher, nervöser Erregungszustände, bei Neurasthenie, Phthise, Rückenmarksleiden für wirksam, dagegen bei schmerzhaften Sensationen für unwirksam hält. Die Sicherheit der Wirkung ist freilich keine absolute. Hajen und Hüfler bezeichnen es »als eines der zuverlässigsten Schlafmittel«. Bei 28 Kranken versagte es nur zwei Mal. Reichmann nennt es »ein sehr brauchbares, gut wirkendes und von unliebsamen Nebenwirkungen freies Schlafmittel«. Auch nach Peiper ist das Chlo-

ralamid sehr wirksam, aber nicht ausnahmslos sich bewährend und in ähnlicher Weise spricht sich Rabow (Erlenmeyer's Centralbl. für Neurologie, 8. Heft) aus. Hagemann und Strauss kommen zu dem Schlusse, dass die Wirkung des Chloralamids im Allgemeinen eine gute ist, dass jedoch einige Fälle vorkommen, in denen es wirkungslos ist.

Eine Erweiterung der Indikationen für die Anwendung dieses neuen Schlafmittels ergibt sich aus der Arbeit Kny's. Danach hat sich das Chloralamid nicht nur auch in Fällen von Neuralgien mittleren Grades, sondern auch bei einer ganzen Reihe von Psychosen, die nicht mit lebhafter Aufregung einhergingen, dem Chloral ebenbürtig erwiesen, so bei 6 Melancholien ohne starke Beängstigung, bei 2 älteren Fällen von Verrücktheit, bei 2 primär Schwachsinnigen, 1 mässig erregten Paralytiker, bei 2 chronischen Alkoholikern und einer bereits an grössere Morphiumdosen gewöhnten Tabes. Wie wirkt das Chloralamid? Darüber gibt Kny folgenden Aufschluss: Es wird das Chloralamid durch das freie Alkali des zirkulirenden Blutes langsam in Chloralhydrat und Formamid zersetzt und es kommt so immer nur eine kleine Quantität Chloral auf einmal zur Wirkung. Zweitens wirkt das abgespaltene Formamid wie alle Körper der NH_2-Gruppe erregend auf das Gefässsystem der Medulla und damit erhöhend auf den Blutdruck.

(Wiener med. Wochenschr.)

II. Medicin.

Zur Pathogenese der epidemischen Diphtherie. Von Professor Dr. M. J. Oertel (München). O. hat sich die Beantwortung der Frage nach dem Wesen und der Pathogenese der epidemischen Diphtherie zur Aufgabe gestellt, indem er die constanten Veränderungen der Zellen und Gewebe zu erforschen suchte, welche durch die Infection des Körpers mit dem diphtherischen Contagium hervorgebracht werden. Die verschiedenen accidentellen und besonders die entzündlichen Erscheinungen hat er ausgeschieden und im Ganzen 31 Fälle von nur croupöser und septischer Diphtherie ausgewählt, die auf der Höhe der Infection ohne jede andere Complication zu Grunde gingen und bei denen es noch nicht zu secundären Veränderungen gekommen war. — Oertel theilt zunächst seine Beobachtungen bezüglich des Ergebnisses der mikroskopischen Untersuchung der einzelnen Körper-Organe, des Kehldeckels, der Mandeln, der Rachenschleimhaut, des Zäpfchens der Lunge, der Lymph-Drüsen sowie im Verdauungs-Apparate, in der Milz, der Leber und den Nieren mit. Indem er sein Hauptaugenmerk auf die unter dem Einflusse der diphtherischen

Erkrankung an der Zelle und dem Zellkerne entstandenen Veränderungen richtete, constatirte er regelmässig bestimmte, unter sich verschiedene Arten des Unterganges der zelligen Elemente, ein langsames Absterben mit den Erscheinungen der Zell-Theilung, des Zerfalles und der schliesslichen Auflösung der Zelle. Neben den verschiedenartig ablaufenden Entartungs-Vorgängen ist hervorzuheben das Vorkommen complicirter zerfallender Kern-Figuren, welche O. als Erkrankungs-Vorgänge des Zellkernes auffasst; sie documentiren sich durch eine bestimmte Umordnung und Umsetzung des Kern-Saftes (Achromantie) und des Chromatins, ferner in fortschreitenden Form-Veränderungen des ganzen Kernes von der einfachen Einschnürung und der Bildung polymorpher Kerne bis zur vollständigen Fragmentirung und bis zum Zerfalle in einzelne Bruchstücke, Schollen und Körner. Neben diesen Form-Veränderungen geht eine chemische Umwandelung der Kern-Bestandtheile wie des Zellen-Eiweisses vor sich, welche schliesslich zur Auflösung der organisirten Bestandtheile der Zelle wie zur Umwandlung in eine flüssige gerinnungsfähige Substanz führt. In solcher Weise vollzieht sich die Decomposition und Nekrobiose der Zellen und Kerne in allen Organen, bis zuletzt nur noch Trümmer-Haufen von zerfallenen Kernen sichtbar bleiben. Weiterhin sieht man in den nekrobiotischen Herden Zellen mit polymorphen Kernen auftreten, welche keiner weiteren Entwicklung fähig sind, sondern dem Zerfalle entgegen gehen. Diese schweren Veränderungen in der Constitution der ganzen Zell-Substanz sind nach O. wahrscheinlich bedingt durch die Aufnahme eines inficirenden Giftes aus der umspülenden Gewebe-Flüssigkeit, wobei die Raschheit des Zell-Zerfalles und der Zell-Auflösung von der Intensität des örtlich-toxischen Einflusses abhängig ist. Ist die Menge der giftigen und inficirenden Stoffe eine geringere, hat eine grössere Verdünnung derselben Statt gefunden, so ist auch die Wirkung derselben eine schwächere, die degenerativen und nekrotisirenden Vorgänge führen langsamer zum Absterben der Zellen. Wo die nekrotischen und degenerirten Herde in der Tiefe der Organe (z. B. in den Lymph-Drüsen, in der Milz) eingeschlossen liegen, kommen sie, je nach ihrer Grösse und dem Umfange der durch sie verursachten Gewebe-Schädigung, entweder einfach zur Aufsaugung oder heilen unter Narben-Bildung; wo sie dagegen in der Nähe der Schleimhaut-Oberfläche entstanden sind, brechen sie durch, ergiessen ihren Inhalt auf die Oberfläche und veranlassen die Bildung von Pseudomembranen, wobei Faserstoff-Ausscheidung auf die Schleimhaut-Oberfläche Statt findet. Sonach ist also die Hauptmasse der diphtherischen Pseudomembranen secundär entstanden und das Schleimhaut-Gewebe selbst ist ihre Ursprungs-Stätte. Dasselbe zeigt an solchen Stellen bis in die

untersten Schichten faserstoffige Infiltration des Bindegewebes, hyaline Entartung desselben und der Blut-Gefässe, hyaline Schollen und Klumpen, nekrotische, grössere und kleinere Zellen und Zerfalls-Producte, endlich in der Umgebung wie in der Tiefe theils erkrankte, theils normale Zellen in dicht gedrängten Haufen. — Was nun das Ergebniss der bakteriologischen Untersuchung betrifft, so finden sich, während die Spalt-Pilze in den Geweben wie im Parenchyme der inneren Organe des erkrankten Körpers in der Regel fehlen, auf den erkrankten Schleimhäuten meist zwei Spaltpilz-Formen: 1. längliche Pilze, kurze Stäbchen, die wahrscheinlich mit den von Löffler bei der Diphtherie gefundenen und erfolgreich cultivirten Pilzen identisch sind, und 2. Streptokokken in Kolonie- oder Kettenform, Spaltpilze von einer septiko-pyaemischen Wirkung, welche sonst mit Vorliebe eiterige Entzündung erzeugen, während der Löffler'sche Pilz bei Thier-Impfungen ächte Pseudomembranen hervorbrachte. Oertel weist hienach auf die Möglichkeit hin, dass somit die Diphtherie eine Mischinfection von specifischen Bacillen und septischen Kokken darstelle, ohne jedoch sich bestimmt hierüber auszusprechen. — Weiterhin erörtert er die Pathogenese der epidemischen Diphtherie. Nach ihm besteht das Charakteristische und Wesentliche der diphtherischen Erkrankung im Absterben (Nekrobiose) der Leukocyten und in der Umwandelung der zelligen Elemente in eine gerinnungsfähige Substanz (hyaline Entartung) — pathologische Vorgänge, welche ganz eigenthümlich sind und sich so sehr von anderen Vorgängen unterscheiden, dass er darin das Wesen der Diphtherie erblickt oder vielmehr der durch das diphtherische Gift im menschlichen Körper gesetzten Veränderungen. Die Verbreitung der specifischen Erkrankung über die verschiedenen Körper-Organe erfolgt durch die Lymphe, durch den Blutstrom oder durch Verschlucken diphtherischer Produckte. Da in der Lunge charakteristische nekrotische Herde nicht nachweisbar sind, so läugnet Oertel die von Manchen angenommene Infection von der Lunge aus. Die Diphtherie ist nach ihm eine Infections-Krankheit, welche an dem Orte der ersten Infection, also in der Regel auf der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle, beginnt, sich primär daselbst localisirt und in nicht bestimmbaren Zeit-Einheiten zur allgemeinen Infections-Krankheit wird. Das diphtherische Gift wird nach seiner Ansicht von zelligen Elementen (Leukocyten) aufgenommen wie verschleppt und durch dieselben Vehikel vermittelst der Gewebe-Säfte verbreitet. Bei abgeschwächter Wirkung entstehen durch dasselbe nur einfache Entzündungs- und Reiz-Zustände. Die Veränderungen, welche man bei diphtherischer Erkrankung in den Lungen, im Herzen, in der Leber, in den Nieren, im centralen wie peripheren Nerven-Systeme findet, sind wechselnd nach

Zahl und Intensität; sie können vollständig fehlen und sind als secundäre Erkrankungen und degenerative Vorgänge aufzufassen. — Bezüglich des diphtherischen Contagiums und dessen Abhängigkeits-Verhältnisses von Bakterien-Vegetationen nimmt Oertel an, dass aus der gleichen Einwirkung auf die gleichen Objecte in den verschiedenen Organen sich auf die gleiche Ursache schliessen lässt, auf ein Gift, welches wahrscheinlich der Gruppe der Ptomaïne entstammt und von den Bakterien-Vegetationen der Pseudomembranen erzeugt wird. — Zum Schlusse gelangt Oertel zu nachstehenden klinischen und therapeutischen Folgerungen. »Die diphtherische Pseudomembran darf nicht mehr als das erste und pathognomonische Zeichen der diphtherischen Infection betrachtet und ihre Entfernung, Desinfection oder Zerstörung und Auflösung als Hauptaufgabe der örtlichen Behandlung angesehen werden. Ohne jede sichtbare Veränderung können grosse Flächen der Schleimhaut erkrankt sein. Oertliche Behandlung wird durch umfangreiche und gründliche Desinfection der Mund- und Rachen-Schleimhaut sich nützlich erweisen, wobei Ueberrieselung der Schleimhäute durch zerstäubte, stark desinficirende Flüssigkeiten vermittelst des Dampf-Inhalations-Apparates besondere Empfehlung verdient. Der prophylaktischen Hygiene, vorzüglich in diaetetischer Richtung, wird eine schwerwiegende Bedeutung zugeschrieben, die Kräftigung des Körpers durch geeignete Ernährung und andere Mittel vorbeugend besonders betont.«

(Münchener med. Wochenschrift 1889, 32.)

Entfettungskuren bei Gelenkkrankheiten. Von Rud. Volkmann (Deutsche med. Wochenschr. 25. 89.) Die Bedeutung von Entfettungskuren bei Gelenkkrankheiten ist kaum bekannt und noch nie besprochen worden. Trotzdem kann in geeigneten Fällen durch dieselben sehr Erhebliches geleistet werden und bereits seit ca. 14 Jahren werden derartige Entfettungskuren bei Gelenkaffectionen in der v. Volkmann'schen Klinik regelmässig angewandt. Die Absicht, welche man bei diesen Kuren verfolgt, ist einfach folgende: Man sucht ein Individuum, welches in Folge seiner früher durchgemachten oder vielleicht angeborenen Erkrankung an Schwäche oder irgend einer Insufficienz einer oder beider Unterextremitäten leidet, durch eine vorsichtige Entfettungskur so viel leichter zu machen, dass die wenig leistungsfähigen Extremitäten ein geringeres Körpergewicht zu tragen haben. Veranlassung zu derartigen Kuren wegen Erkrankung der Extremitäten bei absoluter oder relativer Obesität können die allerverschiedensten Störungen und pathologischen Zustände der Extremitäten geben: Die congenitalen Luxationen, Rhachitis, die erworbenen Affectionen, wie Genua valga, Plattfüsse, resecirte Knie- und Hüftgelenke, Kinderlähmung, namentlich bei beginnenden Deforma-

tionen. Ausserdem gibt es noch eine Affection, welche wie es scheint, bisher die Aufmerksamkeit der Fachgenossen nicht in hinreichendem Masse auf sich gelenkt hat, und die von R. v. Volkmann in seinen klinischen Vorträgen bis auf Weiteres als Gonitis crepitans bezeichnet wird, bei der fast nur durch eine regelmässige, strenge und mit starkem Erfolge durchgeführte Entfettungskur etwas zu erreichen ist. Das Uebel kommt fast ausschliesslich bei Frauen vor, die rasch corpulent geworden sind, nachdem sie früher meist gracil gewesen waren, eine Erscheinung, welche man übrigens am häufigsten bei Multiparen beobachtet. Diese Kranken fangen dann meist gegen das Ende der Dreissiger- oder in den Vierziger-Jahren an, mehr und mehr unbehilflich zu werden, sind nicht im Stande, erheblich weite Wege zu machen und klagen dabei über grosse Müdigkeit und über reissende Schmerzen in den Kniegelenken, die gewöhnlich als rheumatische bezeichnet und nur dann mit Erfolg durch Bäder behandelt werden, wenn diese letzteren gleichzeitig zufällig zu einer stärkeren Abmagerung führen. Wenn man diese Personen untersucht und bei auf die Patella gelegter Hand Flexions- und Extensionsbewegungen machen lässt, so fühlt man ein äusserst feines Knirschen im Gelenk, welches auch nicht einen Augenblick mit dem groben Knarren und Krachen verwechselt werden kann, das bei eigentlichen Knorpeldefecten oder gar bei Caries zur Beobachtung kommt. Die Resultate, welche man bei solchen Patienten oder Patientinnen durch regelmässige Entfettungscuren in Verbindung mit Massage, Douchen, Einreibungen und Bewegungen, mit Hilfe von Maschinenapparaten (z. B. dem Bonnet'schen) erreicht, sind oft geradezu erstaunlich.

Amylenhydrat gegen Epilepsie. Dr. H. A. Wildermuth in Stuttgart hat Amylenhydrat gegen Epilepsie mit gutem Erfolge angewendet. Im Ganzen wurde — wie er in Nr. 15 des »Neurol. Ctrbl.« mittheilt — das Mittel bei 30 männlichen und 36 weiblichen Kranken versucht. In der überwiegenden Mehrzahl war das Resultat ein günstiges; theilweise erschien die Krankheit geradezu coupirt. Die zur Anwendung gebrachte Quantität betrug pro dosi 2—4, pro die 5—8 Gramm. Nach mehrfachen Versuchen zeigte sich als das Zweckmässigste die Verabreichung einer wässerigen Lösung 1 : 10, welche in Quantitäten von 20 — 40 Gramm pro dosi in verdünntem Wein oder Obstmost gegeben wurde. Abgesehen von einem Falle handelt es sich hier um lauter seit Jahren mit Epilepsie behaftete Kranke, die seit lange mit Brom, Bromkali allein oder Mischung von Bromsalzen behandelt worden waren, ausserdem meist noch Atropin oder Pillen mit Zink und Belladonna-Extract erhalten hatten. Mit Gebrauch der Pillen hörte man beim Beginne der Amylenbehandlung sofort auf; die

Bromgabe wurde in sehr kurzen Zwischenräumen vermindert, und wenn trotzdem der günstige Erfolg anhielt, ganz weggelassen. Von besonderem Interesse sind die Resultate bei gehäuften Anfällen, denen wir sonst bekanntlich sehr oft machtlos gegenüberstehen. Hier bewährten sich subcutane Injectionen von 1 — 2 Spritzen Amylenhydrat vorzüglich. Während bei der Anwendung des Amylens beim état du mal in der besprochenen Weise keinerlei üble Nachwirkungen beobachtet wurden, treten bei längerem Gebrauch grösserer Gaben unangenehme Erscheinungen auf, welche besondere Erwähnung verdienen. In erster Linie ist hier zu nennen: grosse anhaltende Schlafsucht, welche sich in ganz unberechenbarer Weise schon nach kleinen Gaben in einzelnen Fällen einstellt. Oft zwar hörte dieselbe spontan auf, nachdem die Kranken sich an das Mittel gewöhnt hatten, ohne dass eine Verminderung der Tagesgabe erforderlich war. Darreichung des Medicaments in mässiger Gabe, Anordnung regelmässiger Mittagsruhe unterstützen die Angewöhnung. Tritt letztere nicht ein und lässt die günstige Einwirkung auf das Grundleiden den Weitergebrauch trotzdem wünschenswerth erscheinen, so zeigen sich kleine und mittlere Gaben von Cocain innerlich in Dosen von 0,02—0,05 pro dosi, 0,08—0,2 pro die von sehr guter Wirkung. Seltener als Schlafsucht sind Verdauungsstörungen, Obstipation und Appetitmangel. In ähnlicher Weise wie die Schlafsucht verschwinden auch diese oft genug spontan oder ebenfalls bei Verabreichung möglichst gebrochener Gaben. Was einer dauernden, wenn nöthig auf Monate oder Jahre sich erstreckenden Verabreichung entgegensteht, ist die Thatsache, dass in vielen Fällen nach 6 bis 8 Wochen die antiepileptische Wirkung des Mittels nachlässt, der weiteren Erhöhung der Dosis aber durch eine ganz erhebliche Steigerung der genannten üblen Nebenwirkungen rasch eine Schranke gesetzt wird. W. hält die Anwendung des Amylenhydrats als Antiepilepticum für indicirt: 1. bei gehäuften Anfällen, 2. bei starkem Bromismus, welcher ein zeitweises Aussetzen des Mittels für angezeigt erscheinen lässt; 3. bei Epilepsia nocturna etwa abwechselnd mit Brom, in frischen Fällen mit Atropin zusammen. Nach seinen bisherigen Beobachtungen scheint die Wirkung bei der reinen Epil. nocturna eine bessere zu sein, als bei den Formen der Fallsucht, in welchen die Anfälle bei Tag und bei Nacht in weniger regelmässiger Weise vorkommen.

III. Chirurgie-, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Eine neue Methode, grosse Knochendefecte des Schädels zu decken. Von Dr. Seydel. (Centrlbl. f. Chirurgie 89. 12.) Mit der Rehabilitirung der Trepanation und deren

gleichzeitiger Verweisung in scharf gezogene und wissenschaftlich begründete Grenzen ist auch die Frage wieder in den Vordergrund getreten, wie die gesetzte Knochenlücke durch Knochenmasse zu ersetzen wäre? Die älteren diesbezüglichen Versuche Ph. v. Walter's, Langenbeck's, Klenke's, Wolff's sind bekannt. In letzter Zeit haben sich insbesondere Macewen, Weir und Séguin mit dieser Frage beschäftigt. Macewen sammelt bei complicirten Fracturen sämmtliche Splitter, reinigt sie in 2procentiger Carbollösung, zerkleinert sie in winzige Theile und setzt sie dann wieder mosaikartig an Ort und Stelle. »Wo immer sich keinerlei Eiterabsonderung zeigte, heilten die meisten an.«

Dr. S. lenkt nun das Augenmerk der Collegen auf ein Verfahren, welches er vor Kurzem bei einem grossen Substanzverluste des Schädels mit Erfolg angewendet hat. Complicirte Depressionsfractur des linken Scheitelbeines durch Hufschlag. Die eingedrückte Knochenplatte hatte eine Länge von 4,5 Centimeter und eine Breite von 3 Centimeter. Die Tiefe der Impression betrug 2 Centimeter. Sofort nach der Verletzung war Patient bewusstlos, bei der Aufnahme in das Lazareth dagegen war das Bewusstsein zurückgekehrt, und es bestand rechtsseitige Ptosis, Facialislähmung, Sprachstörung, Lähmung der rechten oberen und unteren Extremität bei erhaltener Sensibilität. Um die Depression zu heben, meisselte er den Rand $^1/_2$ Centimeter im Umkreise ab und konnte sodann die deprimirten Knochen, welche auf der Dura lose aufentfernen. Die Lamina vitrea war in einer Länge von 5,5 Centimeter und einer Breite von 4 Centimeter abgesprengt. Die Dura lag bloss, pulsirte nicht, zeigte mehrere Sugillationen und in der Mitte des Knochendefectes einen 2 Centimeter langen Riss. Durch denselben sah man die Gehirnwindungen. Das Gehirn war hochgradig anämisch. Nach Desinfection mit Carbol tamponirte er mit Jodoformgaze und legte einen Sublimatverband an. Der Kranke war Abends fieberfrei und konnte bereits das Bein heben. Am 3. Tage verschwand die Facialislähmung, der Durariss war verklebt, die Dura pulsirte. Am 12. Tage nach der Verletzung war der rechte Arm noch etwas paretisch, sonst normale Beweglichkeit der Extremitäten.

Nunmehr wurde daran gedacht, den 5,5 Centimeter langen und 4 Centimeter breiten ovalen Knochendefect zu decken. S. legte in der Mitte der Tibia durch einen nach innen und abwärts gerichteten Hautlappen ein 5 Centimeter langes und 4 Centimeter breites, lediglich mehr von Periost bedecktes Stück der inneren Fläche bloss, umschnitt sodann das viereckige Stück Periost an allen vier Seiten, ging mit einem flachen 4 Centimeter breiten Meissel am centralen Ende ein und meisselte mit dem Periost die oberflächlichen Corticallamellen in der Tiefe von einigen Millimetern ab. Nachdem er

den Periostknochenlappen vollständig abgetrennt, legte er ihn in eine schwache Kochsalzlösung, zertheilte ihn sodann in 6 bis 8 gleichmässige Stücke und legte dieselben mosaikartig auf die blossliegende Dura, das Periost nach aussen. Er hätte gern die Kopfwunde darüber geschlossen und würde das auch in einem kommenden Falle thun, da offenbar die Chancen für die Anheilung grösser sind, wenn auch die nach aussen gekehrten Flächen mit Weichtheilen in Berührung kommen; aber man hätte ihm dann den Vorwurf machen können, dass das Anheilen nicht constatirt ist. Daher bedeckte er seine Implantation lediglich mit Silk, legte über den Silk Jodoformgaze, dann einen trockenen Sublimatverband. Am 5. Tage wurde geöffnet: die implantirten Stückchen hafteten vollkommen fest an der Dura, man konnte sie mit einer Pincette nicht mehr abziehen; ein Theil war etwas röthlich, ein anderer weiss gefärbt. Abermals Silk und obiger Verband. Nach weiteren 5 Tagen wurde wieder geöffnet. Sämmtliche Stückchen waren schwach rosa gefärbt, die Fläche hatte das Ansehen, als ob bloss ein Stück eingesetzt worden wäre; bei jeder Berührung an einer beliebigen Stelle blutete die Fläche. Nunmehr war der Erfolg erwiesen, und es wurde auch der Hautdefect geschlossen, indem aus der Kopfschwarte des Hinterhauptes ein Hautlappen aufgesetzt wurde. Die Vernarbung wird demnächst erfolgt sein.

Da von mehreren Seiten Bedenken gegen die Entfernung eines so grossen Periostlappens mit oberflächlichen Corticallamellen erhoben wurde, so wurde auch die Heilung dieser Wunde am Bein controllirt. Der Knochen blieb die erste Zeit vollkommen reactionslos, später zeigten sich die bekannten rothen Punkte; der Heilungsvorgang ist derselbe wie bei einfacher Periostablösung, von Nekrose keine Spur. »Vielleicht«, meint S., »dass hiermit eine wichtige Frage der Gehirnchirurgie, die Deckung des Substanzverlustes, endgiltig gelöst ist.«

Ueber Wundbehandlung mit Zucker. Dr. J. Danhausser berichtet in der »Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg.« (XXIX, 4) über die auf der Strassburger Klinik seit nahezu 5 Jahren erzielten Resultate der Wundbehandlung mit Zucker. Ausser Jodoformzucker (1:10), welcher in manchen Fällen von specifisch tuberculösen Processen benutzt wird, kommt jetzt nur noch reiner Zucker in feinster Vertheilung zur Verwendung. Der Zucker wird, in einen Sack eingefüllt, direct auf die Wunde gelegt. Der früher angewendete Abschluss des Verbandes durch Guttaperchapapier wird jetzt weggelassen. Dadurch wird die Auflösung des Zuckers (durch die Verdunstung der Secrete), wenn auch nicht ganz verhindert, so doch stark hintangehalten. Der Wundverlauf ist unter dem Zuckerverband für gewöhnlich, wenn also keine beträchtliche Eiterung

eintritt, ein recht befriedigender. Die Wunden selbst sehen unter dem Verbande gut aus, die Haut in der Umgebung ist ungereizt, nur einmal wurde bei stärkerer Secretion Eczem beobachtet. Gewöhnlich bleibt der erste Verband 6—8 Tage liegen. Neben dem Zuckersack kommt dann noch Zucker in einer zweiten Form zur Verwendung, indem derselbe nämlich direct auf Wunden aufgestreut wird, hauptsächlich um sie von Belag und Geruch zu reinigen und um dann eine kräftige Granulation zu bezwecken. Es kommen hier die unreinen Wunden, speciell Beingeschwüre, jauchende Carcinome in Betracht. Der Zucker selbst hat keine antiseptischen Eigenschaften, er ist vielmehr nur als ein zur Aufsaugung der Wundsecrete und zum Schutz gegen von aussen herantretende Infection dienendes Mittel anzusehen, er spielt also vielmehr eine passive Rolle und ist so seine Verwendung allen den von uns getroffenen Massregeln gleichzusetzen, welche dazu dienen sollen, die Wunde aseptisch zu erhalten, nachdem sie durch die Desinfection mit Sublimat aseptisch gemacht worden ist. Diese Wirkung wird dadurch hervorgerufen, dass sich der Zucker durch die in ihn eintretenden Gewebssäfte zersetzt und so Milchsäure entsteht, die dem Gemische, selbst wenn es vorher alkalisch war, bald eine saure Reaktion verleiht, in der ja die meisten Bacterien nicht gedeihen können. D. gibt dann eine Uebersicht der mit Zuckerverband behandelten Amputationen, Resectionen, complicirten Fracturen, Necrotomien, Osteotomien u. s. w. Aus den Operationsresultaten schliesst D., dass der Zuckerverband volle Berechtigung hat, in die Reihe der übrigen Verbandmethoden aufgenommen zu werden, dass er vor den meisten Verbänden das voraus hat, dass nach der Desinfection der Wunde mit Sublimat nach vollendeter Operation keine giftige Substanz mehr mit dem Körper in Berührung kommt, dass vor Allem die Wunden, die voraussichtlich per primam, insbesondere Amputationen, oder durch kräftige Granulationen heilen, ferner alle oberflächlichen, gut zugänglichen Wunden einen sehr günstigen Verlauf unter dem Zuckerverband nehmen, dass schliesslich der Verband ein einfacher, billiger und deshalb überall leicht zu beschaffender ist.

Eine Quellsonde zur Behandlung von Verengerung der Speiseröhre. Von Prof. Senator. In der Sitzung vom 3. Juni 1889 des Vereines für innere Medicin zu Berlin demonstrirte S. eine Sonde zur Erweiterung von Verengerungen der Speiseröhre. Da von Arzneien in solchen Fällen keine Erfolge zu erwarten sind, und da die operative Behandlung der Oesophagusstrictur vorläufig zu den ungelösten Problemen operativer Chirurgie gehört, so wurde die Erweiterung bis nun mit allmählig an Durchmesser zunehmenden elastischen Bougies unternommen, die gewaltsam in die Strictur gezwängt wurden.

S. empfiehlt, um dieses gewaltsame Hineinschieben der Sonde zu vermeiden, quellbare Bougies, und zwar Stifte von Laminaria, von der Länge der Strictur, in Anwendung zu bringen. Die Laminariastifte sind durch eine Schraube fest an eine weiche dünne Sonde befestigt und zur Sicherung mit einem Seidenfaden armirt, der nach Einlegung der Sonde aus dem Munde hängt. Diese Sonde kann ohne Anwendung von Gewalt in die Strictur eingeführt werden, und soll hier allmählig quellend, eine schonende Erweiterung der Strictur bewirken.

Der Stift, der vor dem Einführen nur in Wasser getaucht, nicht mit Oel bestrichen wird, bleibt nicht über eine halbe Stunde liegen. O. konnte mit Ausnahme eines Falles die Quellsonde nur in Fällen von carcinomatöser Stenose des Oesophagus anwenden. Die bescheidenen Erfolge, die in derartigen Fällen zu erreichen sind, glaubt Vf. mit dem Laminariastift besser als mit den bisher üblichen Bougies erreicht zu haben.

Als die günstigsten Fälle für diese Art von Behandlung werden natürlich die auf nicht maligner Basis beruhenden narbigen Verengerungen der Speiseröhre zu gelten haben.

(Therapeut. Monatshefte, 7, 1889.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Die Wendung bei engem Becken. Von Dr. W. Nagel (Berlin). Aus der Gusserow'schen Klinik bespricht Nagel 80 Geburten bei engem Becken und die Therapie derselben. 60 davon sind durch die Wendung behandelt worden, sämmtliche 60 Mütter sind dabei am Leben geblieben, eine von ihnen musste einer Fistel wegen wiederholt, beim dritten Male mit Erfolg operirt werden; 6 mal sind mit einer Ausnahme unerhebliche Erkrankungen im Wochenbett notirt; das eine Mal handelte es sich um eine vorübergehende Phlegmasia alba dolens. Von 61 Kindern sind 46 lebend geboren. Von den 20 Müttern, bei denen die hohe Zange angelegt wurde, starben 4, im Wochenbett erkrankten ausserdem 8, ebensoviel blieben gesund; von den Kindern wurden 17 lebend, 3 todt geboren. Schon aus dieser Zusammenstellung ergiebt sich der Vorzug, den die Wendung verdient; aber auch die zwanzig Fälle der hohen Zange sind nur geschehen, wenn in Fällen, die anfänglich sich selbst überlassen worden waren, der Kopf wohl durch die Beckenenge mit seinem grösseren Theile getrieben war, die Contractionen nunmehr nachliessen und der Zustand der Mutter gebieterisch eine Beendigung der Geburt verlangte, sodass also die Zange nicht wegen, sondern trotz des engen Beckens angelegt wurde, um das Kind vor der

r

sonst nothwendigen Perforation zu retten. Grade um dem Bestreben entgegenzutreten, die hohe Zange bei engem Becken wieder einzuführen, da es in Anbetracht des Einflusses, den die englischen, die hohe Zange noch immer verehrenden Geburtshelfer zum Theil noch haben, und nach Einführung der Achsenzugzangen nicht gar wunderbaar wäre, wenn eine Empfehlung für diesen Eingriff eines schönen Tages auch aus irgend einer deutschen Klinik emportauchte, ferner im Gegensatz zu der von Winter empfohlenen Methode, bei Erstgebärenden der durch den Veit'schen Handgriff nothwendig — dies bestreitet N. entschieden — eintretenden tiefen Dammrisse und des Unterschiedes in der Wehenthätigkeit bei Primip. und Multip. wegen abzuwarten und später eine Zange anzulegen, hat N. seine Erfahrungen mitgetheilt; er begründet seinen Standpunkt dahin: ist bei Iparis bei völlig erweitertem Muttermunde und stehender Blase der Kopf nicht in das Becken eingetreten, oder zögert er, nach dem Blasensprunge dies zu thun, so soll man ganz gleichgültig, ob in dem letzten Falle der Muttermund vollkommen erweitert ist, oder nicht, zur inneren ev. combinirten Wendung (ev. ohne sofort folgende Extraction) schreiten; bei Mehrgebärenden kann man etwas länger warten, wenn der Verlauf früherer Geburten auf eine natürliche Geburt eines lebenden Kindes hoffen lässt; mit grundsätzlichem Warten überlässt man die Frau in vielen Fällen ihrem guten Glücke, denn die lange Dauer der Geburt ist es hauptsächlich, welche die Prognose trübt, sowohl für Mutter wie für Kind. Für die Wendung selbst empfiehlt N. das Herabholen des Fusses der vorliegenden Fruchtseite resp. bei Querlagen mit dem Bauch nach vorne des oberen Fusses und nach der Wendung das Abwarten einiger Uteruscontractionen für die Fixirung des Steisses, die bei engem Becken nie sofort erfolgt.

(Therap. Monatshefte.)

Zur gynäkologischen Balneotherapie. Von Prof. Ludwig Kleinwächter. (Wiener med. Presse, 1889, Nr. 31.) K. betont für gewisse, entsprechend ausgewählte Fälle die wohlthätige und erfolgreiche Wirkung einer rationell eingeleiteten balneotherapeutischen Behandlung. Das Krankheitsgebiet, in dem er vom gynäkologischen Standpunkte aus betrachtet, unter Umständen für eine solche Medication eintritt, umfasst in erster Linie Residuen von Exsudaten nach überstandenen Para- und Perimetritiden, deren Aufsaugung stockt oder in zu langsamem Tempo erfolgt, namentlich bei gleichzeitiger Anämie, die ja gewöhnlich der Folgezustand dieser Leiden ist. Das acute Stadium der Entzündung muss aber bereits abgelaufen sein und dürfen keine frisch entzündlichen Nachschübe bestehen. Gestattet es die Jahreszeit, sind die

äusseren materiellen Verhältnisse danach, so ist es für die Kranke, wenn sie durch ihr Leiden nicht allzu sehr erschöpft oder geschwächt ist, am angezeigtesten, wenn sie ein Eisenbad besucht und daselbst die entsprechende Trink- und Badekur gebraucht.

Leider aber ist die Kranke durchaus nicht selten nicht im Stande, die materiellen Opfer für die Restitution ihrer Gesundheit zu bringen, und wird der Arzt dadurch gezwungen, durch eine entsprechende häusliche Behandlung ein Surrogat für die nöthige Badekur zu schaffen. Unter solchen Umständen muss der Arzt die Kranke das entsprechende Eisenwasser zu Hause trinken und eben daselbst die Eisenbäder nehmen lassen. Am zweckmässigsten ist, wenn sich die Kranke zum Trinken der entsprechenden, leicht assimilirbaren Franzensbader (Schwalbacher) Wässer bedient, da diese Gattung der Eisenwässer bekanntermaassen sehr gut vertragen wird und kräftig wirkt. Ein den therapeutischen Erfolg sehr wesentlich unterstützender Factor ist das Eisenbad. K. lässt als Bäder solche mit einem Zusatze von Mattoni's Moorsalz oder Mattoni's Moorlauge gebrauchen, und zwar auf ein Vollbad $^1/_2$—1 Kilo Moorsalz oder 1 — 2 Kilo Moorlauge unter Umständen ein Gemenge beider, und zwar $^1/_4$—$^1/_2$ Kilo Moorsalz mit 1—$1^1/_2$ Kilo Moorlauge auf ein Vollbad, um die Wirkung des letzteren zu steigern. Zweckmässig ist es, im Beginne der Kur nur zwei Bäder pro Woche nehmen zu lassen, um zu erfahren, wie die Kranke darauf reagirt. Verträgt sie das Bad gut, so steigt K. auf 3, eventuell auch 4 bis 5 Bäder per Woche. Die Dauer des Bades betrage im Beginne der Kur 10—15 Minuten, worauf allmälig bis auf 30 Minuten angestiegen werden kann, wenn nicht eine specielle Contraindication dazu vorliegt. Die Badetemperatur normirt K. auf 28 — 30° R., doch gibt es nicht wenige Ausnahmen davon; hier kommt einestheils der natürliche Instinct in Betracht, der das anämische Weib dazu leitet, die Badetemperatur ihrem Wärmebedürfnisse entsprechend anzupassen, und andererseits der entsprechende vorliegende Fall, der es bei einem torpiden Individuum zuweilen wünschenswerth macht, die Badetemperatur zu erhöhen oder bei einem hypersensiblen zu erniedrigen. Die zweckmässigste Zeit, das Bad zu nehmen, sind die Stunden des Vormittags, weniger entsprechend, zuweilen aber in Folge der äusseren Umstände erforderlich, die Nachmittagsstunden.

Bleibt trotz des entsprechend eingeleiteten Baderegimes die Resorption des Exsudates aus oder geht sie nicht in der gehörigen Weise vor sich, so kann man die Wirkung des Bades durch heisse Vaginalinjectionen mit Lösungen des erwähnten Salzes oder der Lauge erheblich steigern. In einem derartigen Falle setze man bei grösserer Fallhöhe der Flüssigkeit, dem heissen Wasser, Moorsalz oder Moorlauge zu, und zwar

ersteres im Verhältnisse von 2 — 3%. Die Temperatur der Flüssigkeit betrage 30 — 35 — 37° R. und die in Verwendung kommende Flüssigkeitsmenge 1 — 1½ Liter, je nach den Umständen 1—2mal des Tages in Anwendung gebracht. Im Beginne bediene man sich eines weniger (30° R.) warmen Wassers, lasse pro Sitzung nur 1 Liter Injectionsflüssigkeit verwenden, beschränke sich auf nur eine Sitzung des Tages und begnüge sich mit einer mässigen Fallhöhe der Flüssigkeit, d. h. hänge den Irrigator nicht allzu hoch auf. Wird die Injection gut vertragen, so steige man mit der Temperatur der Flüssigkeit, mit der Menge derselben, mit der Fallhöhe derselben und lasse zwei Injectionen des Tages vornehmen, eine des Morgens, die andere des Abends. Zweckmässiger ist es, wenn die Injection von einer zweiten Person vorgenommen wird, als wenn sie die Kranke selbst macht. Die Kranke hat dabei stets die horizontale Rückenlage einzunehmen und darf bei der Injection hat die Kranke immer eine halbe Stunde ruhig in horizontaler Lage zu verharren. Am besten ist es daher, wenn die erste Injektion des Morgens, so lange die Kranke noch zu Bette ist, vorgenommen wird, worauf die Kranke noch eine halbe Stunde liegen bleibt, und die zweite Injection Abends vor dem Schlafengehen gemacht wird, zu der Zeit, wenn sich die Kranke bereits zu Bett befindet, so dass sie nach der Injection nicht mehr aufzustehen braucht.

Die Wirkung dieser Heisswasser-Irrigationen mit der medicamentösen Flüssigkeit ist eine mehrfache. Die Resorption der Moorsalzlauge wird gesteigert. Die leicht adstringirende Wirkung der Salzlösung macht sich insoferne geltend, als der nie fehlende Fluor dadurch vermindert oder ganz beseitigt wird. Die hohe Temperatur der Flüssigkeit wirkt ferner, wie bekannt, resorbirend und vermindert die vorhandene Hyperämie der Beckengefässe. Nicht minder wichtig endlich ist die mechanische Wirkung des constanten Wasserstromes; sie entspricht jener einer Massage, ohne dass ihr jene üblen Folgen anhängen, die sich zuweilen einer Massage vergesellschaften.

Je nach der Fallhöhe der Flüssigkeit, deren Regulirung in der Hand des Arztes liegt, kann die mechanische Wirkung gesteigert oder vermindert werden, je nachdem es sich für den vorliegenden Fall eignet. Diese Hinzugabe zur Balneotherapie ist für manche Fälle nicht zu unterschätzen. Man beobachtet, dass sich unter diesem Regime die Exsudate, die bis dahin jeder Resorption trotzten, rasch zertheilen und schwinden.

Die Dauer dieser Behandlungsmethode lässt sich nicht im Vorhinein bestimmen. Zuweilen ist man gezwungen, sie noch länger fortzusetzen, nachdem die Trink- und Badekur bereits beendigt wurde. Sie hat schliesslich den Vortheil, dass sie der Kranken, im Gegensatze zur Massage, keine Schmerzen bereitet.

Nicht minder günstig, wie bei Residuen nach para- und perimetrischen Exsudaten, wirkt dieses Verfahren — bei gleichzeitig eingeleiteter Trink- und Badekur — bei chronischer Oophoritis und bei der chronischen Metritis, sowie bei mangelhafter Involution des Uterus post partum oder post abortum.

Ueber hereditäre Syphilis. Von Prof. E. Neumann. (Wiener klin. W. 4, 5, 6, 7, 8, 9. 1889).

Prof. Neumann stellt folgende 5 Fragen auf:

1. Wie verhält sich die Descendenz, wenn Vater und Mutter zur Zeit der Zeugung resp. der Conception nicht syphilitisch sind und die Mutter erst nach der Conception inficirt wurde — rein postconceptionelle Syphilis. 2. Wie verhält sich die postconceptionelle Syphilis der Mutter zur Descendenz, wenn der Vater schon zur Zeit der Zeugung syphilitisch war? 3. Wie verhält sich die postconceptionelle Syphilis zur Nachkommenschaft, wenn der Gesundheitszustand des Vaters zur Zeit der Zeugung unbekannt geblieben, die Mutter zur Zeit der Conception gesund war? 4. Wie verhält sich die Nachkommenschaft, wenn die Infection und Conception der Mutter gleichzeitig erfolgt ist? 5. Wie verhält sich die Nachkommenschaft, wenn Vater oder Mutter oder Beide schon vor der Conception syphilitisch waren?

Wir übergehen den rein historischen Theil.

ad 1. Wird zunächst die Frage aufgeworfen, ob die postconceptionelle Syphilis der Mutter auf den von der Zeugung her gesunden Fötus übergeht und in welchem Monate der Schwangerschaft die Infection des Fötus stattfindet?

N. wendet sich gegen die Behauptung Kassowitz', dass der vom Vater her gesunde Fötus durch die postconceptionelle Syphilis der Mutter intrauterin nicht inficirt werden könne. Kassowitz hat selbst später diese seine Behauptung dahin eingeschränkt, dass der Uebertritt des syphilitischen Contagiums von der Mutter zum Kinde und umgekehrt ausnahmsweise doch stattfinden könne und dass dann der trotz des placentaren Säfteaustausches von Syphilis frei gebliebene mütterliche resp. kindliche Organismus einen hohen Grad von Immunität gegen syphilitische Infection erlangt. Auch bezüglich der Zeitperiode der Schwangerschaft, in der das Virus auf die Frucht übergeht, besteht unter den Autoren keineswegs eine Uebereinstimmung.

Die Auseinandersetzungen Prof. Neumann's stützen sich auf 261 an seiner Klinik gesammelte Beobachtungen. Von rein postconceptioneller Syphilis werden 11 Fälle angeführt, von den 11 Kindern waren und blieben 3 Kinder frei von Syphilis, bei welchen die Infection der Mutter im 9., 7., 6. und 5. Lunarmonate der Gravidität stattgefunden hatte, von zweien dieser Mütter wird angegeben, dass sie während der

Schwangerschaft nicht syphilitisch behandelt worden sei, von den beiden anderen ist darüber nichts angegeben. Die Infection der restirenden 7 kranken Mütter, welche todte oder macerirte oder syphilitische Kinder zur Welt gebracht oder abortirt hatten, war in der Zeit vom 2.—8. Lunarmonate der Schwangerschaft erfolgt, von diesen Müttern waren 2 während der Schwangerschaft behandelt, eine nicht behandelt worden, und bei 4 fehlte eine diesbezügliche Angabe.

Eine zweite Reihe von Fällen (15) sind solche, bei welchen die Väter zur Zeit der Zeugung schon syphilitisch waren, die Mütter aber erst während der Schwangerschaft inficirt wurden. Von diesen 15 Kindern kamen 8 todt zur Welt, deren Mütter im 2. und 6. Lunarmonate inficirt worden waren, gesund 5, deren Mütter im 4.—9. Lunarmonate inficirt worden waren, und 2 syphilitisch, deren Mütter im 4. und 5. Monate inficirt worden waren.

Eine 3. Reihe betrifft 16 Fälle von postconceptioneller Syphilis, in welchen die Gesundheitsverhältnisse des Vaters unbekannt blieben. Von diesen 16 Kindern kamen 3 todt zur Welt, deren Mütter im 2. und 3. Monate inficirt worden waren; gesund 5, deren Mütter im 6.—8. Monate inficirt worden waren; früh geboren waren 5, deren Mütter im 1.—5. Monat inficirt worden waren; 1 syphilisch geboren, dessen Mutter im 5. Monate inficirt worden waren; bei einem früh geborenen und einem gesund geborenen Kinde konnte der Zeitpunkt der Gravidität, in welchem die Infection stattgefunden, nicht eruirt werden.

Eine 4. Reihe betrifft 39 Fälle, in welchen die Conception und Infection gleichzeitig erfolgt waren, von diesen wurden 14 reif und gesund geboren, 21 abortirt und macerirt zur Welt gebracht, 4 syphilitisch lebend geboren.

Eine 5. Reihe von Fällen, bei welchen die Mutter schon vor der Conception krank war, betrifft 29 Fälle, von diesen wurden 9 reif und gesund geboren, 3 reif und syphilitisch, 5 früh geboren, 13 abortirt, davon 7 macerirt.

Von allen Beobachtungen konnten 112 verwerthet werden und gestatteten die nachfolgenden Schlussfolgerungen:

1) Bei der rein postconceptionellen Syphilis begünstigt die Infection der Mutter in den ersten Schwangerschaftsmonaten die Erkrankung des Kindes, in nahezu der Hälfte aller Fälle blieben die Kinder verschont. N. führt eine Beobachtung von acquirter Syphilis bei einem 7 Jahre alten Kinde an, dessen Mutter 6 Monate vor seiner Geburt inficirt worden war. Sicher ist also, dass die Scheidewand zwischen Mutter und Fötus durch das syphilitische Virus überschritten werden kann und in den letzten 120 Tagen der Gravidität die Infection der Mutter die Frucht am wenigsten gefährdet.

2) Selbst dann, wenn die syphilitische Erkrankung des

Vaters zur Zeit der Zeugung erwiesen ist und die Mutter erst nachträglich erkrankt, können gesunde Kinder zur Welt gebracht werden. Es scheint, dass in diesen Fällen sich im Wesentlichen die paterne Syphilis geltend macht.

3) Bei den Fällen von postconceptioneller Syphilis, wo der Vater unbekannt war, lässt sich aus dem Schicksale der Kinder mit Wahrscheinlichkeit schliessen, dass darunter viel Fälle von rein postconceptioneller Syphilis gewesen sein mochten.

4) In der Reihe der Fälle, in welchen die Conception und die Infection gleichzeitig stattgefunden hatten, blieben von 47 doch noch 15 gesund und es steht diese Beobachtung im Widerspruche mit der Annahme, dass bei diesen Umständen die Kinder syphilitisch sein müssen.

5) Bei der Infection vor der Conception kommt zunächst die Zeit in Betracht, in welcher die Conception stattgefunden. Ein grösserer zeitlicher Zwischenraum und vorausgegangene mercurielle Behandlung der Eltern sind für die Kinder günstige Momente.

6) Es ist unrichtig, dass tertiäre Syphilis die Weiber steril macht. (**Jahrbuch für Kinderheilkunde.**)

Verschiedenes.

Angeregt durch die günstigen Erfolge, die Cantani mit der Tanninntherapie bei Cholera erzielte, hat Dr. Backhaus auf der Klinik Mosler's Versuche über **die Behandlung des Typhus abdominalis mit Darminfusion von Tanninlösung** angestellt, deren Resultate er in Nr. 29 der »Deutsch. med. Woch.« mittheilt. Die Dosis, in der das Tannin gegeben wurde, betrug anfangs 2 Grm. auf 2 Liter Wasser, später bis zu 10 Grm. auf das gleiche Quantum Wasser, und zwar wurde 3mal täglich eine Infusion gegeben und das Wasser vorher auf Körpertemperatur oder etwas darüber erwärmt. Die Infusion wird in Rückenlage und nicht unter zu hohem Druck applicirt, sondern man lässt die Flüssigkeit langsam und ohne Unterbrechung einfliessen. Aus den von B. angeführten Krankengeschichten ergiebt sich, dass die Darminfusionen von Tanninlösung auf den Gang der Fiebercurve keinen Einfluss haben, d. h. also, dass das Tannin kein Specificum gegen den Abdominaltyphus ist, wenigstens kein solches, welches im Stande wäre, die Wirkung der einmal zur Resorption gelangten Stoffwechselproducte der Bacterien zu unterdrücken. Hingegen verschwinden die profusen Durchfälle, an denen die Typhuskranken meist zu leiden pflegen und die nicht unwesentlich zur Schwächung des ganzen Organismus beitragen, gänzlich, oder werden wesentlich beschränkt. Der Verlauf der Krankheit ist unter der Tanninntherapie ein milder, die nervösen Symptome werden bedeutend abgeschwächt. In hygienischer Beziehung hat diese Therapie einen nicht zu unterschätzenden Werth. Da durch diese Behandlung regelmässige Stuhlentleerungen herbeigeführt werden, so ist es möglich, die Dejectionen stets sofort unschädlich zu machen und in der Wäsche und Umgebung der Kranken die peinlichste Reinlichkeit obwalten zu lassen.

Verleger: **G. Rathgeber** in Wetzlar.
Redacteur: Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Gedruckt bei Ferd. Schnitzler in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 10. XXX. Jahrgang. October, 1889.

Diese Zeitschrift erscheint monatlich zu 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Verlagshandlung** zu richten.

Inhalt:

Der Weingeist als Heilmittel. Ueber Salzbäder. — Zur Bekämpfung endemisch vorkommender Echinokokkenkrankheit. Ueber den pleuritischen Schmerz und seine Behandlung. Die Behandlung des Typhus mit warmen Bädern. Behandlung der Larynxtuberculose mit Perubalsam. Zur Behandlung der Syphilis. — Die Narkose durch schwache unausgesetzte Gaben des Chloroforms. Ueber die operative Behandlung difform geheilter Knöchelbrüche und des Plattfusses. Sozojodolkalium bei Brandwunden. — Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht. Ueber den Gebrauch des Codeins bei Frauenkrankheiten. Menthol gegen das unstillbare Erbrechen der Schwangeren. — Ueber die Ausscheidung des subcutan injicirten Morphiums durch den Magen. Chrysarobin gegen Hämorrhoiden. Schädlichkeit der Schweissleder der Hüte.

I. Pharmacologie und Balneologie.

Der Weingeist als Heilmittel. Von Prof. C. Binz u. Prof. R. v. Jaksch. (Aus den Verhandl. des VII. Kongr. f. innere Med. Wiesbaden, Bergmann, 1888.) Wenn man die belanglosen Angriffe dilettirender Populärschriftsteller auf den Gebrauch des Weingeistes am Krankenbett getrost ihrem Fluge überlassen darf, so sind desto beachtenswerther die Warnungen wissenschaftlicher Aerzte vor dem Missbrauch jedes Medikamentes und desto prüfungsbedürftiger die Gründe, auf welche sich ihre Warnungen stützen. Unter diesen Gründen treten zuerst theoretische entgegen, vor allem die Behauptung, der Weingeist sei nicht das, worauf die Indikationen seiner Anwendung vielfach beruhen, nämlich kein Erregungsmittel. Was man ihm in dieser Eigenschaft zuschreibe, seien nur Folgen einer beginnenden Lähmung gewisser Nervenapparate, niemals einer unmittelbaren Belebung. Selbst die scheinbare Steigerung der Gehirn- und Herzthätigkeit beweise nichts. Jene werde hervorgerufen durch Depression der vornehmen centralen Theile, in welchen wir Urtheil und Kritik unserer selbst und der Aussenwelt bilden, diese durch all' die äusseren Reize, unter welchen wir alkoholische Getränke aufzunehmen pflegen. — Dass alkoholische Getränke die Verdauung förderten, sei vollends eine Täuschung. Das genaue Gegentheil sei der Fall, selbst bei mässigen Gaben.

Binz widerlegt diese Einwände durch die zahlreichen experimentellen Untersuchungen, welche von Claude Bernard, Parkes, Albertoni und Lussana, Fraser, Zuntz, Geppert u. A. mit einwandsfreiem und übereinstimmendem Ergebniss vorgenommen wurden. Er zeigt, wie die Hebung

der Pulszahl und die Quantität der durch die Lungen passirenden Luft in jenen Experimenten nur durch eine stimulirende Wirkung des Alkohols zu erklären sind; wie die nach Weingeistdarreichung beobachtete Erweiterung der Hautgefässe nicht ohne weiteres als Lähmung angesprochen werden kann, sondern ebenso gut auf Reizung der Vasodilatatoren beruhen dürfte; wie die Angaben, wonach der Weingeist für die Verdauung schädlich sein soll, nicht von allen Experimentatoren getheilt und durch die Erfahrungen des täglichen Lebens widerlegt werden.

Die Zweifel an der Bedeutung des Weingeistes als Nährmittel widerlegt Binz durch die Untersuchungen Bodländer's in seinem Laboratorium und durch Versuche von Zuntz, durch welche bewiesen wird, dass der Weingeist im Körper verbrannt wird, dass er also nach den Gesetzen der thierischen Verbrennung Wärme und damit lebendige Kraft giebt, gleichzeitig aber den Zerfall des Eiweisses vermindert, was schon seit lange durch den Nachweis eines Minus von Stickstoff im Harn dargethan ist.

Dem Beweis, dass der Weingeist der Wärmeökonomie des Körpers zu Gute kommen kann, reihen sich die Thatsachen an, dass einmalige kräftige Gaben des Mittels einerseits die innere Körperwärme herabsetzen, andererseits aber niemals über das gewöhnliche Mass steigern, so dass also theoretisch der Anwendung des Alkohols in fieberhaften Zuständen zum mindesten nichts im Wege steht.

Ueber die positive Indikation seiner Anwendung am Krankenbett lässt Binz der praktischen Erfahrung das Wort, um mit einer dringenden Aufforderung zu schliessen, die Bestrebungen der Antialkoholvereine zu fördern, da der Weingeist für den gesunden und genügend ernährten Menschen nichts weiter als ein — leider viel missbrauchtes — Genussmittel sei.

v. Jaksch deutet seine klinischen Versuche mit Weingeist bei Kindern in einem mit des Vorredners Darlegungen übereinstimmenden Sinne, dass der Weingeist die ihm von verschiedenen Aerzten zugesprochenen erregenden Wirkungen in der That besitzt. Er weist in Besprechung der praktischen Verwendung des Weingeistes als Reizmittel darauf hin, dass bei Krankheiten, z. B. in der Lungenentzündung nur gewisse Fälle der Weingeisttherapie bedürfen, während sie in anderen Fällen derselben Art durchaus unnöthig ist. Die günstigen Wirkungen des Weingeistes bei Kollapszuständen, Blutungen aller Art vermitteln die Indikation für seine Verordnung. Im Verlauf seiner Darlegungen betont v. Jaksch, dass eine energisch durchgeführte Weingeisttherapie bei der Diphtherie sehr guten Dienst leistet, ja vielleicht von allen gegen diese Krankheit empfohlenen Mitteln am besten sich bewährt. Er hebt die günstigen Wirkungen jener Therapie im Typhus hervor,

warnt aber vor der Uebertreibung einer solchen. Einen sehr grossen Nutzen schreibt er ihr gegenüber septischen Zuständen zu. — Die ärztliche Erfahrung, dass kleine Dosen kräftiger Alkoholika die Verdauung günstig beeinflussen, ist nach den Ausführungen v. Jaksch's nunmehr auch durch klinische Untersuchungen gestützt. — Die hypnotischen Eigenschaften des Weingeistes geben weitere Anhaltspunkte für seine Verwendung. Alles in allem ist an der therapeutischen Wirksamkeit des Alkohols kein Zweifel mehr. Sein Gebrauch am Krankenbett ist theoretisch und praktisch begründet. Sein Missbrauch, der selbst am Krankenbett zu den schweren Krankheitssymptomen des Alkoholismus führen kann, ist natürlich damit nicht sanktionirt.

(Deutsche Med.-Ztg.)

Ueber Salzbäder. Wenn die ausgezeichneten Erfolge, welche alljährlich in Kurorten mit Salz- und Soole-Bädern erreicht werden, ausserhalb der Kurorte trotz des massenhaften Verbrauches von Salz-, Soole- und Mutterlauge-Bädern sich nicht so häufig beobachten lassen, so wird der Grund hievon in der Regel darin gesucht, dass die Kranken sich zu Hause in weniger günstigen hygienischen Verhältnissen befinden als am Kurorte. Zweifellos trifft dies für viele Fälle zu, ebenso zweifellos steht aber nach Dr. Turban fest, dass in einer ausserordentlich grossen Zahl von Fällen nur Mangels einer methodischen Anwendung in genügender Stärke die erwartete Wirkung ausbleibt. Verordnung von Bädern mit einer »Handvoll« Salz für Kinder, mit 1—3 Pfunden für Erwachsene werden häufig gegeben und es erscheint desshalb nicht überflüssig, einmal die Methodik der Salzbäder zu besprechen, die in der Frage gipfelt, in welcher Concentration die verschiedenen Salzpräparate anzuwenden seien. — Die Heilwirkung der Salzbäder ist die des warmen Wassers (meist von 33—35° C.) + der Wirkung der im Salze enthaltenen Chloride. Dass die Lösungen dieser Letzteren und zwar des Chlornatrium sowohl als des Chlorkalium, des Chlorcalcium, des Chlormagnesium und des Chlorlithium, in genügend starker Concentration, einen eigenthümlichen Hautreiz bewirken, ist nicht zu bezweifeln. Wie wir uns diesen Reiz zu denken haben, ist durch die verschiedenen darüber aufgestellten Theorien, auf welche hier nicht eingegangen werden kann, nicht erklärt: auch über die verschiedene Intensität des durch die verschiedenen Chloride gesetzten Reizes (je nach dem Diffusions-Vermögen?) wissen wir nichts Bestimmtes, müssen aber als wahrscheinlich annehmen, dass das Chlorcalcium etwas stärker reizt als die Uebrigen. Ganz ohne therapeutischen Nutzen sind wohl die Jodide und Bromide sowie die Sulphate, die einen Bestandtheil vieler Soolen und Bade-Salze bilden.

Es ist deshalb nothwendig, den Werth der Bade-Präparate einfach nach ihrem Gehalte an Chloriden zu beurtheilen. Wir können dann eintheilen in einfache Präparate von Chlornatrium und in zusammengesetzte, die aus verschiedenen Salzen bestehen. Zu den Einfachen sind ausser dem reinen Kochsalze, diejenigen Soolen zu rechnen, die neben Chlornatrium nur so minimale Mengen anderer Bestandtheile enthalten, dass deren Wirkung nicht in Betracht kommen kann, wie z. B. Soolen von Dürkheim und Rappenau mit 25,5 beziehungsweise 25,7 Procent Chlornatrium bei einer Gesammtmenge der festen Bestandtheile von 26,2 Procent. Zu den Zusammengesetzten gehören u. A. das von dem Berliner Arzte Siegmund in die Praxis eingeführte Stassfurter Badesalz (mit etwa 60 Procent Chloriden, 13 Procent Sulphaten und 27 Procent Wasser), die Kreuznacher Mutterlauge, mit 32—34 Procent und das Kreuznacher Mutterlaugen-Salz mit 50 Procent Chloriden. Diese zusammengesetzten Mutterlaugen, der nach Ausscheidung des Chlornatrium aus Soolen bleibende Rückstand, enthalten viel Chlorkalium nnd fast gar kein Chlornatrium. Wegen seiner Billigkeit am meisten im Gebrauche ist das Stassfurter Badesalz, das vom Droguisten zu 3 Mark per Centner verkauft wird. Da es unlösliche Bestandtheile enthält, die in der Badewanne lästig sind, ist es nach der Empfehlung des Stassfurter Knappschaftsarztes Geiss rathsam, die zum Bade nöthige Menge Salz jeweils Tags zuvor in einem Behälter mit Wasser aufzulösen und vor dem Bade von dem Rückstande abzugiessen. Das Kochsalz (9 Mk. per Centner) ist reinlicher und wegen seiner Unveränderlichkeit empfehlenswerther; 3 Theile Kochsalz sind gleichwerthig 5 Theilen Stassfurter Salz. Die Mutterlaugen-Präparate von Kreuznach, Dürkheim u. s. w. sind ungefähr 7 Mal so theuer als reines Kochsalz, haben also nur für denjenigen Werth, der von dem Chlorkalium oder gar von dem Jod und Brom eine specifische Wirkung erwartet. Als zweckmässigste Concentration ist durch die Erfahrung ein Chloridgehalt des Bades von 3—4 Procent festgestellt worden, was dem Gehalte der natürlichen Sool-Thermen (Nauheim Quelle XII. 3,3 Procent) und des Seewassers (Nordsee 3—3,5 Procent) am meisten entspricht. Es empfiehlt sich mit 2 Procent zu beginnen und bis 4, auch 8 und 10 Procent zu steigen. Verhältnissmässig geringe Unterschiede machen sich dem Patienten häufig fühlbar. Zur Herstellung eines 3procentigen Salzbades bedürfen wir schon recht bedeutender Mengen Salz. Die gebräuchlichen Badewannen für Erwachsene halten in der Regel 200—300 Liter Wasser — in manchen Kurorten (Nauheim) sind Riesenwannen von 500 Litern im Gebrauche —; für eine Wanne von 200 Litern brauchen wir also 6 kg = 12 Pfd. reines Kochsalz, für dieselbe Wanne von dem 60procentigen Stassfurter Salz

10 kg = 20 Pfd. Eine einfache Rechnung ergibt, dass für das 3procentige Salzbad auf je 10 Liter Wasser 1 Pfd. Stassfurter Salz zu nehmen ist. Um in einer Wanne von 300 Litern ein 10procentiges Salzbad herzustellen, sind 30 kg Kochsalz beziehungsweise 1 Centner Stassfurter Salz erforderlich. Zur Controle der richtigen Mischung kann, wenn Kochsalz oder einfache Soolen zur Verwendung kommen, besonders in Privathäusern und Spitälern, wo beliebige Mengen Salz zur Verfügung stehen, die Sool-Waage dienen — ein Araeometer, dessen Grade die Procente des Salzgehaltes anzeigen. Bei zusammengesetzten Präparaten zeigt die Soolwaage natürlich nicht den Chlorgehalt, sondern den gesammten Gehalt an löslichen Salzen an. Hier ist die Bestimmung des Inhaltes der Wanne und die Abwägung des Salzes nach der oben angestellten Berechnung vorzuziehen. Dieses Verfahren empfiehlt sich auch ganz allgemein, ohne Rücksicht auf das zur Verwendung kommende Präparat, für öffentliche Bade-Anstalten, in welchen der Patient den Zusatz zum Bade pfund- oder literweise bezahlen muss. Es wäre dringend wünschenswerth, dass Aerzte, Kranken-Kassen und Armen-Behörden von den Badeanstalten, von welchen Salzbäder abgegeben werden, die Aichung der Wannen verlangten, die am besten durch Anbringung einer Marke bei je 100 Litern erreicht würde. Die Patienten müssten die Zubereitung selbst controliren. Es liessen sich dann doch mit dem Salzbade, wenn gleich es nach den obigen Ausführungen nicht zu den billigsten Heilmitteln gehört, auch zu Hause und unabhängig von der Jahreszeit schöne Erfolge erzielen und gewiss zum Nutzen der Patienten in manchen Fällen noch theuerere Arzneien dadurch ersetzen.

(Aerztliche Mittheilungen aus und für Baden 1889.)

II. Medicin.

Ueber Mittel zur Bekämpfung endemisch vorkommender Echinokokkuskrankheit. Von Prof. Fr. Mosler in Greifswald. (Deutsche Med. Ztg. 89. 72.) Dass Vorpommern zu denjenigen Provinzen gehört, in denen die Echinokokkenkrankheit häufiger, als in anderen Gegenden vorkommt, ist schon zu wiederholten Malen von M. hervorgehoben worden. Er hat es daher für seine Aufgabe erachtet, bei jeder Gelegenheit auf diese beschämende Thatsache hinzuweisen, immer wieder aufs neue die Ursachen klarzulegen, durch welche dieser Landschaden herbeigeführt wird, danach die Mittel anzugeben, wie derselbe beseitigt werden kann.

Die Ergebnisse der Viehuntersuchung in den bereits bestehenden Schlachthäusern lassen auf eine vollständige Durch-

seuchung, namentlich der Rinderherden, mit Tuberkulose und Echinokokken schliessen. Innerhalb 5 Wochen wurden im Greifswalder Schlachthause 120 Rinder geschlachtet; 54 Lungen und 21 Lebern mussten wegen Echinokokken vernichtet werden! Von 295 geschlachteten Schafen waren 14 Lungen und 5 Lebern mit Echinokokken durchsetzt; bei 569 Schweinen wurde in 8 Lungen und 17 Lebern der Parasit vorgefunden (Löbkert).

In der Provinz Pommern werden viele Hunde gehalten.

Die Hunde importiren die Keime der Echinokokkenkrankheit der Menschen deshalb häufiger, weil sie öfter Gelegenheit zur Einverleibung von Echinokokkenfinnen haben. Bekanntlich sind die bei den Menschen und ihren Hausthieren sich findenden Echinokokken die Finnenzustände eines und desselben beim Hunde vorkommenden Bandwurmes. Für gewöhnlich entsteht daher die Echinokokkenkrankheit des Menschen dadurch, dass der Hund die bei den Hausthieren gewachsenen Finnen aufnimmt, in seinem Dünndarm die Taenia Echinococcus daraus sich entwickelt, deren reife Proglottiden mit dem Kote oder ohne denselben abgehen und zufällig in den Magen des Menschen gelangen.

Hängt bei diesem Circulus vitiosus die Zahl der Möglichkeiten der Verbreitung der Echinokokkenkrankheit in einem Lande nicht zunächst von der Menge der daselbst gehaltenen Hausthiere, der Art der Fütterung und Beaufsichtigung derselben ab?

Die Provinz Pommern, zumal Neu-Vorpommern, welche so viele Echinokokkuskranke liefert, kommt Mecklenburg in der Zahl der gehaltenen Hausthiere, besonders der Schafe, gleich. Neu-Vorpommern zeichnet sich aus durch seinen Reichthum an Viehheerden, speziell an Weidevieh (Schafe und Rindvieh). Das Weiden, besonders des Jungviehs, erfolgt in Koppeln, welche in unmittelbarer Nähe der Dörfer liegen. Dieselben werden von Hunden oft besucht. Ihre Besitzer haben die Gewohnheit, bei verschiedenen Beschäftigungen, wie zum Melken, sie dorthin mitzunehmen.

Da der Raum, in dem die Hunde ihren Koth absetzen, ein beschränkterer ist, als bei dem Hüten auf freier Weide, nimmt das Vieh die Keime der Infection mit dem Futter leichter auf.

Infolge der Kleinheit der Hundetänia handelt es sich bei der Infektion um sehr minutiöse Verhältnisse. Auch der Import in den menschlichen Körper wird dadurch wesentlich erleichtert. Wie oft kommt nicht durch das Belecken des Gesichtes und der Hände, insbesondere durch das Küssen und das sogenannte »Züngeln« bei dem innigen Verkehr von Kindern und Erwachsenen mit Hunden die Infektion mit Echinokokken zu Stande! Durch Erbrechen, durch selbständiges

Heraufkriechen der Tänia kann dieselbe in die Mundhöhle, an die Zunge des Hundes gelangen. Man muss ferner gesehen haben, wie gern Hunde jeder Gattung, selbst Schoosshündchen, nicht minder am eigenen After, wie an dem anderer Hunde herumschnüffeln. Proglottiden, selbst die ganze, nur 4 mm lange Taenia Echinococcus können sie danach an ihrer Schnauze herumtragen, ohne dass dieselben ihrer Kleinheit wegen besonders bemerkt wird.

Nahezu in allen Fällen von Echinokokkenkrankheit, die M. bis jetzt bei Hoch und Niedrig, bei Angehörigen der verschiedensten Stände hier beobachtet, hat M. intimen Umgang mit Hunden konstatiren können.

Ein an Milzechinokokkus von M. behandelter Kranker hat seit dem 15. Jahre die Schäferei betrieben und neben derselben mit Zucht und Dressur von Schäferhunden sich beschäftigt.

Ein an Nierenechinokokkus von M. behandelter Kaufmann hat besonders hervorgehoben, dass er selbst zwar niemals einen Hund sich gehalten habe, dass er aber von Jugend auf ein grosser Hundefreund gewesen sei, mit Vorliebe die Schosshunde seiner Schwester, in Restaurationen auch andere Hunde gefüttert und geliebkost habe.

Sehr charakteristisch war die Anamnese bei der Mehrzahl seiner Kranken, die er an Lungenechinokokkus behandelt hat.

Ein 40 Jahre alter Gutspächter von der Insel Rügen, der im Jahre 1878 an diesem Leiden in seiner Klinik behandelt wurde, war der Sohn eines Landpastors aus Mecklenburg. Er gab ausdrücklich an, dass er von Jugend auf besondere Liebhaberei für Hunde gehabt habe. In seinem elterlichen Hause durfte er sich fast immer drei Hunde halten, mit denen er nicht nur den Tag über zu spielen pflegte, die er auch Nachts bei sich im Bette hatte, wie es von den durch ihre Echinokokkenkrankheit berüchtigten Isländern erzählt wird.

Gustav W., aus Putbus auf Rügen, der im Jahre 1883 an Lungenechinokokkus in seiner Klinik operirt wurde, hat im 20. Jahre während mehrerer Monate das Schlächtergeschäft betrieben, viel rohes Fleisch gegessen, Jahre lang mit Hunden verkehrt. Im Allgemeinen führte er ein unstätes Leben. Nachdem er 6 Monate lang zur See gefahren war, trat er bei einem Förster auf Rügen ein und hatte wiederum häufigen Verkehr mit Hunden.

Die 42 Jahre alte Büdnerfrau Marie St. lebte bis zu ihrem 39. Jahre bei ihren Eltern, von denen immer mehrere Hunde gehalten wurden. Mit denselben kam sie häufig, da ihr deren Fütterung dauernd oblag, vielfach in Berührung. In ihrem 38. Jahre stellten sich die ersten Symptome von Lungenechinokokkus bei ihr ein.

In Fällen, in denen bestimmte Angaben darüber nicht gemacht worden sind, hält M. den Import der Echinokokken-

keime mit dem Trinkwasser für wahrscheinlich. Auf demselben Wege lässt sich auch bei Kranken, die an Cysticercus cellulosae leiden, dagegen niemals einen Bandwurm bei sich beherbergt haben, die zufällige Einführung von Eiern der Taenia solium erklären. Um dies für möglich zu halten, muss man gesehen haben, wie viel Schmutz in nächster Nähe der Brunnen auf dem Lande angehäuft sich findet, wie oft nicht nur von Menschen, sondern auch von Hunden Koth abgesetzt wird.

Seitdem durch das helminthologische Experiment die Entstehung der Echinokokkenkrankheit zweifellos dargelegt ist, wissen wir bestimmt, dass, um das Uebel an der Wurzel anzugreifen, strenge Beaufsichtigung der Hunde geboten ist.

Die polizeilichen Massregeln können nicht ernst genug gehandhabt werden, im Hinblick auf den qualvollen Symptomenkomplex, den die zufällige Importation einer Proglottide oder eines einzigen Eies der Taenia Echinococcus verschuldet. Möchten diese Worte aufs neue eine Mahnung sein, die Zahl der Hunde auf das geringste Mass zu beschränken. Für alle Hunde ist eine hohe Hundesteuer einzuführen.

Ueberall, vorzugsweise in endemischen Distrikten, sind alljährlich offizielle Belehrungen zu ertheilen über die Naturgeschichte und medizinische Bedeutung der Taenia Echinococcus des Hundes. In den Schulen müssen die Kinder gewarnt werden vor innigem Verkehr mit Hunden.

Da die Verbreitung der Echinokokkenkrankheit beim Menschen mit der Verbreitung der Echinokokkenkrankheit bei Schafen und anderen Thieren in verschiedenen Gegenden übereinstimmt, so folgt daraus die grosse Wichtigkeit der Errichtung von Schlachthäusern und der obligatorischen Fleischschau der genannten Thiere, Rindvieh, Schafe, Schweine. Alle dabei gefundenen Echinokokkenblasen sind von den Fleischbeschauern selbst zu vernichten. Es hat zu geschehen entweder durch Verbrennung oder durch chemische Verarbeitung der infizirten Organe zu Dungstoffen. Schlächtern, Schäfern, Jägern ist zu verbieten, dass sie Echinokokkenblasen, die beim Schlachtvieh und Wildpret von ihnen ausgeschält worden sind, ihren eigenen oder fremden, beim Schlachten zugelaufenen Hunden vorzuwerfen. Im Uebertretungsfalle sind strenge Strafen gesetzlich einzuführen.

Zur Zeit verfügt M. über eine Statistik von 50 Fällen der Echinokokkenkrankheit. In 26 Fällen war sie ein zufälliger Befund bei Sektionen, 22 Fälle sind in seiner Klinik behandelt worden. Ausserdem hat M. in der Privatpraxis oftmals solche Kranke gesehen.

Unter diesen 50 Fällen war die Milz nur einmal der Sitz des Parasiten, die rechte Niere in 3 Fällen, die Lunge in 10 Fällen, die Leber in 36 Fällen. Es bestätigt diese Statistik aufs neue, dass die Leber das am häufigsten befallene

Organ ist. Sie war es hiernach in 72 % der Fälle, die Lunge dagegen nur in 20 %. Woher die häufigere Entwickelung des Echinokokkus in der Leber, die seltenere in der Lunge rührt, ist anatomisch leicht erklärbar. Bekanntlich wird im Magen der Embryo durch Auflösung der ihn umgebenden Kapsel frei. Mittels selbständiger Wanderung oder passiv verlässt er durch vorhandene Lücken die Magen- und Darmwand. In der Umgebung des Darms entwickelt er sich entweder weiter, oder er gelangt in die Blutgefässe und wird von den Wurzeln der Venae mesaraicae der Pfortader und durch diese letztere der Leber zugeführt. In dieser wird er zu weiterer Entwickelung deponirt.

Andere Embryonen gelangen wahrscheinlich aus dem Darm in den Lymphstrom, mit diesem in die obere Hohlvene, den rechten Vorhof und Ventrikel und von da in die Lungen. Hier wird ein grösserer Theil auf diesem Wege deponirt. Dies dürfen wir schliessen aus dem häufigeren Vorkommen der Lungenechinokokken. Ein anderer Theil scheint die Lungencapillaren zu passiren, in das linke Herz zu gelangen und mit dem arteriellen Strome nach verschiedenen Körpertheilen verschleppt zu werden, in denen sie ihre Entwickelung finden.

Ueber den pleuritischen Schmerz und seine Behandlung durch partielle Compression des Thorax. Die Ursache und das Wesen des pleuritischen Schmerzes sind bis jetzt nicht vollständig klargestellt. Die Meinung, dass derselbe durch die Reibung der entzündeten Pleurablätter an sich bedingt wird, indem die innerhalb des Erkrankungsbezirkes liegenden Nervenendigungen einem durch den Respirationsact vermittelten mechanischen Insult unterliegen, passt nicht für alle Fälle. Es lässt sich eben die Thatsache nicht bestreiten, dass oft dort, wo die Untersuchung deutliches pleuritisches Reiben feststellt, der Schmerz gelegentlich kein sonderliches Symptom bildet, während umgekehrt über die quälendsten Schmerzen geklagt werden kann, wo die Auscultation kein Reiben nachzuweisen vermag. Wenn wir vollends bedenken, dass an der Stelle des Schmerzes nicht immer der Grundsitz der Krankheit gefunden wird, so werden wir mit Niemeyer sagen müssen, »dass die entzündete Serosa nicht immer die ausschliessliche Quelle des Schmerzes sein kann, es sich vielmehr oft um Mitempfindungen handeln mag, die sich besonders in den Bahnen der Intercostalnerven abspielen«, eine Anschauung, der auch Strümpell in seinem Handbuche beipflichtet. Man hat seither auch gesucht, die Lagerung der Patienten, durch welche sie sich anscheinend in den bestmöglichen Widerstand gegen den Schmerz setzen, mit zur Erklärung heranzuziehen. In einem sehr interessanten Vortrage, welchen Dr. R. Otto in der medizinischen Gesellschaft in Dorpat vor Kur-

zem gehalten hat (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 40), fasst O. die verschiedenen hierher gehörenden Beobachtungen von Leichtenstern, Traube, Eichhorst dahin zusammen, dass der vom Schmerz geplagte Pleuritiker durch sehr verschiedene, zum Theil entgegengesetzte Arten der Körperlagerung seinen Zustand zu erleichtern bestrebt ist und ihm dies nicht allein durch Verflachung der Athmung, aktive Skoliose oder directen Druck gegen die kranke Seite durch Lagerung auf diese, sondern unter Umständen auch durch Hochlagerung der kranken Thoraxhälfte, d. h. durch Lagerung auf die gesunde Seite gelingt, und glaubt, diesen Erfahrungen eine ganz bestimmte Schlussfolgerung abgewinnen zu dürfen, nämlich die, dass die sich widersprechenden Reactionsformen von Seiten der Kranken unbedingt auf einer verschiedenartigen Grundursache beruhen müssen. Es dürfte in den Fällen, wo die Patienten sich auf die kranke Seite lagern, anzunehmen sein, dass die Thoraxwand schmerzfrei ist, weil nicht die Costal-, sondern die Pulmonalpleura den Erkrankungsherd bildet; dass der Druck, der die Thoraxwand trifft, die Intentionen zur Abflachung der Athmung unterstützt; dass einer Dehnung und Spannung der Pulmonalpleura, durch welche die gefürchteten Stiche entstehen, mit Erfolg entgegengearbeitet wird. Anders liegt die Sache, wo die gesunde Seite vom Kranken gewählt wurde. Wir folgern daraus, dass die Thoraxwand der erkrankten Seite schmerzhaft ist, weil auch die Costalpleura in den Process gezogen wurde; dass der Patient, um jeder Berührung der schmerzhaften Thoraxhälfte zu entgehen, sich auf die gesunde Seite lagert. Wo endlich die aktive Skoliose vorliegt, ist es begreiflich, dass durch Annäherung der Rippen eine Entspannung des costalen Brustfells und hiedurch Milderung der Schmerzen herbeigeführt wird. O. hat nun auf experimentellem Wege den Nachweiss geliefert, dass wir in der gleichmässigen, partiellen Compression eine vortreffliche mittelbare Handhabe besitzen, um die schmerzhafte Pulmonalpleura vor der inspiratorischen Dehnung und Spannung zu schützen, und dass demgemäss der Druck in Form partieller Compression als wirksamstes Mittel gegen den pleuritischen Schmerz zu empfehlen sei, und schlägt zu diesem Zwecke ein eigenes Verfahren vor. Dasselbe besteht in partieller Compression des Thorax durch eine 6 bis 7 Centimeter breite Baumwollbinde, die in einer der Localisation des Schmerzes entsprechenden Höhe den Brustkorb so fest umschnürt, dass der Inspirationsexcursion der comprimirten Rippen ein Hemmschuh auferlegt wird. Was die Technik bei Application der Binde betrifft, so ist sie nichts weniger als complicirt. Ist, wie in den meisten Fällen, nur die eine Brusthälfte erkrankt, so beginnt man an der Axillarlinie der gesunden Seite, führe die Binde in übereinanderliegender Doppeltour stramm um den

Thorax und befestige nun das zum Anfangstheil zurückkehrende Ende mit diesem und dem mittleren Bindentheil durch eine einzige grosse Sicherheitsnadel, während man kurz vor endgiltigem Abschlusse den Patienten mässig exspiriren lässt. Wichtig ist, dass die Nadel beim Einheften vielmals ein- und ausgestochen werde, damit die Binde möglichst gleichmässig gespannt ist. Ist dieselbe applicirt, so empfindet der Kranke zunächst fast immer den Druck als beengend. Doch schon nach wenigen Minuten wird er ruhiger, die Athmung nimmt einen regelmässigeren Charakter an, die Stiche und schmerzhaften Hustenstösse hören auf, und selbst tiefere Inspirationen haben keinen nennenswerthen Schmerz mehr im Gefolge. Sind diese ersten Minuten verstrichen, so ist die Regel, dass die Kranken sich dieses Compressorium gern gefallen lassen.

(Wiener med. Blätter.)

Die Behandlung des Typhus mit warmen Bädern. Von Dr. Anuschat. (Deutsche Med. Ztg. 89. 53.) A. hat in einem Zeitraum von zehn Jahren gefunden, dass warme Bäder denselben Heileffect auf den Typhus ausüben, wie die Brand'schen Bäder, dass erstgenannte angenehmer für die Kranken sind, infolge dessen die Kranken stets in das Bad gehen, und dass sie keine Krankheiten nach sich ziehen, wie die kalten Bäder. Die Anzahl von über 150 Typhuskranken, welche er mit warmen Bädern behandelt habe und welche sämmtlich gesund geworden sind, berechtigt ihn, anzunehmen, dass die Behandlung mit warmen Bädern eine richtige und der Brand'schen Methode ebenbürtige ist.

Die Art und Weise der Anwendung der Bäder ist folgende: Es wird nur dreimal täglich gebadet, Morgens, Mittags und Abends. Bei einer Körpertemperatur von 38 — 39° C. wird ein Bad von 28° R. verabfolgt. Bei einer Körpertemperatur von 39 — 40° C. ein Bad von 27° R. Bei einer Körpertemperatur von 40° C. und darüber 26° R. Die Dauer des Bades beträgt 15—25 Minuten und richtet sich nach der Individualität des Kranken. Kranke, welche die Bäder gut vertragen und sich im Wasser wohl fühlen, bleiben länger im Wasser als solche, bei denen das nicht der Fall ist. Im Allgemeinen muss jeder Kranke 15 Minuten im Wasser bleiben.

Die Wirkung dieser warmen Bäder auf den Typhus ist eine sehr günstige. In den meisten Fällen tritt schon nach drei Tagen eine bedeutende Besserung in dem Befinden des Kranken ein, das Fieber hält sich in bescheidenen Grenzen und erreicht 40° C. selten.

Besonders nach zwei Richtungen hin hat sich die Anwendung der warmen Bäder wohlthätig gezeigt: 1. Die secundären Krankheiten, wie Pneumonie, Venenthrombose, Decubitus treten niemals auf und kamen nur in Behandlung, wenn

sie schon vor Beginn der ärztlichen Thätigkeit vorhanden waren. 2. Der Typhus wird durch die warmen Bäder bedeutend abgekürzt; unter den 150 Typhuskranken, welche nach dieser Methode behandelt worden sind, sind nur fünf, welche länger als vier Wochen bettlägerig gewesen sind. In den meisten Fällen ist innerhalb drei Wochen der Krankheitsprocess erloschen.

Bei armen Leuten, besonders auf dem Lande, sind warme Bäder schwer oder gar nicht anzuwenden möglich. A. hat letztere mit Erfolg dadurch zu ersetzen gesucht, dass er ein Schaff oder Bottig mit warmem Wasser (circa 27°) zur Hälfte füllen liess; der Kranke setzt sich mit angezogenen Beinen in den Bottig und wird nun 15 Minuten mit diesem warmen Wasser begossen. Dieses Verfahren kann die Bäder nicht ersetzen, leistet aber mehr als kalte Einpackungen und kalte Abreibungen.

Die warmen Bäder werden ihren segensreichen Einfluss nicht entfalten können, wenn die übrigen Massregeln, die interne Therapie und die Diät nicht eine rationelle ist. Die interne Behandlung des Typhus hat sich nach den Principien zu richten, welche die Chirurgen befolgen, um Vergrösserungen und Blutungen von Geschwüren zu verhindern und um dieselben zur Heilung zu bringen. Diese Hauptprincipien sind Ruhestellung des kranken Theiles und Desinficirung der Geschwürsflächen. Es ist also auch zunächst beim Typhus für Ruhe des Darmes zu sorgen. Die Darmreizung und dadurch bedingte antiperistaltischen Bewegungen des Darmes müssen, weil sie einen schädlichen Einfluss auf die locale Entzündung des Darmes haben, beseitigt werden. Dieses geschieht durch zwei Mittel: 1. Belladonna, 2. Opium. Sind die Reizerscheinungen des Darmes nicht sehr ausgeprägt, bestehen keine Leib- oder Kreuzschmerzen, kein Erbrechen oder Durchfall, ist selbst Stuhlverstopfung vorhanden, so ist Belladonna zu verabreichen. Bestehen Leibschmerzen oder sind Durchfälle vorhanden, so müssen die Opiate gereicht und müssen so lange gegeben werden, bis Ruhe des Darmes eintritt. Die Ruhe des Darmes wird aber auch durch Ruhe des Körpers bedingt. Daher ist bei jedem Typhus absolute Bettruhe nothwendig. Der Kranke darf sich nur ausnahmsweise aufrichten; die körperlichen Bedürfnisse müssen im Liegen befriedigt werden; ebenso ist das Herausgehen aus dem Bette in die Badewanne möglichst zu vermeiden.

Die Reinigung und Desinficirung der Geschwürsflächen kann durch Abführmittel bewirkt werden, falls man sicher ist, dass der Krankheitsprocess noch nicht über die markige Infiltration hinaus ist. Als das beste Mittel dürfte seiner desinficirenden und seiner entzündungshemmenden Wirkung wegen das seit langer Zeit auch dafür angewandte Kalomel zu be-

zeichnen sein. Glaubt man annehmen zu dürfen, dass die Krankheit schon über die markige Infiltration hinaus ist, so ist jedes Abführmittel contraindicirt. Es ist dann durch Belladonna, respective Opium, in Verbindung mit desinficirenden Medicamenten für Ruhe und Desinficirung des Darmes zu sorgen. Zu diesen Medicamenten gehört zunächst das Sublimat. Grosse Kinder und Erwachsene vertragen es nicht und brechen es meistens aus. Demgegenüber steht die von A. oft constatirte Thatsache, dass kleine Kinder Sublimat 0,02, Aq. dest. 60,0, Syr. cort. Aurant. 20,0 zweistündlich ein Theelöffel ausgezeichnet vertragen. Bei grossen Kindern und Erwachsen wendet Vf. zur Desinficirung des Darmes bei Durchfällen Bismuth. subnitr. oder Decoct. rad. Colomb., in den übrigen Fällen Decoct. Cort. Chin. reg. an.

Was die von vielen Aerzten beim Typhus verordnete Salzsäure betrifft, so ist dagegen nichts einzuwenden, wenn dieselbe in geringen Quantitäten gereicht wird. Vf. hat jedoch wahrgenommen, dass schon Acid. mur. 1,0 : 200 zweistündlich einen Esslöffel keinen günstigen Einfluss auf den Typhus hat. In mehreren Fällen konnte er constatiren, dass bereits diese Quantitäten Salzsäure das Fieber des Kranken erhöhten und das Allgemeinbefinden verschlechterten.

Behandlung der Larynxtuberculose mit Perubalsam. In einem auf dem internationalen Congress für Otologie und Laryngologie zu Paris (15. — 22. September) gehaltenen Vortrag empfahl Schnitzler-Wien aufs Wärmste die Behandlung der Larynxphthise mit Perubalsam, die ihm ausgezeichneten Resultate lieferte. Er wendet den Balsam in den verschiedensten Formen für die Localbehandlung an, als Inhalation, als Spray, als Einblasung und als Pinselung, aber er giebt ihn auch innerlich, in Pillen, oder gemischt mit Leberthran oder Lipanin, sowie in Pastillenform. Zu Inhalationen wird der Perubalsam mit gleichen Theilen Alcohol gemischt und mitunter etwas Terpentin zugesetzt. Zu Einblasungen giebt Schnitzler folgende Vorschrift:

Bals. Peruv. 2,0
Bismuth subnitr. s. Alum.
Sacchar. lact. ana 10,0.

Diese Applicationsweise soll besonders bei den bei Phthisikern so häufigen catarrhalischen Affectionen und oberflächlichen Geschwüren des Larynx sehr wirksam sein. Bei tiefen Ulcerationen kratzt Schnitzler die tuberculösen Geschwüre zuerst mit dem scharfen Löffel aus und pinselt mit folgender Lösung:

Cocain. mur. 0,5
Bals. Peruv.
Alcoh. ana 10,0
Ol. Menth. gtt. V.

oder Schnitzler giebt an Stelle des Balsams Cinnamomsäure, nach Binz das wirksame Princip im Perubalsam (statt 1,0 Bals. 0,1 Acid. Cinnam.). Auch in Verbindung mit Collodium wendet Sch. den Perubalsam an, um die kranken Theile vor dem Einfluss des Lungensecrets zu schützen. Unter dieser Behandlung schwindet die Schwellung der Schleimhaut, die Secretion nimmt ab, die Geschwüre vernarben, falls die Lungenaffection noch nicht allzu weit vorgeschritten ist.

Zur Behandlung der Syphilis. Auf dem »internationalen Congresse für Dermatologie und Syphilographie«, Paris, August 1889, fasste Professor Langlebert (Paris) seine Ansichten in folgende Schlussätze zusammen. 1. Die Quecksilber-Behandlung sei einzuleiten, sobald sich die ersten Vorläufer-Zeichen der secundären Periode zeigen, wie Kopf-Schmerz, Rhachialgie, allgemeine Schwäche u. s. w. und soll während der ganzen ersten Eruption fortgesetzt werden. Quecksilber-Behandlung soll als das wirksamste Verfahren gegen die in Entwickelung begriffene Syphilis für die Bekämpfung der Manifestationen in der Haut und an den Schleimhäuten reservirt bleiben. Man wird sie dagegen unterlassen, sobald Intervalle eintreten. 2. Bei secundären Affectionen der Schleimhäute ist die örtliche Behandlung ebenso wichtig, wie die allgemeine. 3. Das Quecksilber übt keine Präventivwirkung gegen das Wiedererscheinen der secundären oder tertiären Formen aus. 4. Während das Quecksilber gegen die in Entwickelung begriffene Syphilis wirksam ist, kann man die Jod-Behandlung sowohl bei latenter als bei activer Syphilis anwenden; sie ist das passende Mittel zur chronischen Behandlung der Syphilis. Die mittlere Dauer der Jod-Behandlung bei latenter Syphilis soll drei Jahre betragen und zwar sollen die jeweiligen Pausen in den ersten beiden Jahren der Zeit-Dauer der Behandlung gleichkommen, während man im dritten Jahre die Medicamente nur durch 3 bis 4 Monate nehmen lässt. 5. Ausser bei einigen speciellen Symptomen (heftiger Kopf-Schmerz, ausgesprochene Nerven-Affectionen, frühzeitige tertiäre Zufälle), gegen welche die Jod-Behandlung besonders wirksam ist, soll man dieselbe erst nach Beendigung der ersten secundären Eruption einleiten. 6. Im Anfange der tertiären Periode wird sich die gemischte Jod-Quecksilber-Behandlung wirksam erweisen, während ihre definitive Heilung nur durch die lang fortgesetzte Jod-Behandlung zu erreichen ist. 7. In der Allgemeinbehandlung der Syphilis spielen die Tonica, wie Eisen, Chinin, Arsenik und Schwefel sowie die hygienische Behandlung (Hydrotherapie) eine wichtige, wenn auch secundäre Rolle. — Neumann (Wien) legt Gewicht auf die möglichst-frühzeitige Behandlung der Syphilis. Sie soll sofort eingeleitet werden, sobald die ersten positiven Anzeichen der Syphilis

sich zeigen, und soll längere Zeit fortgesetzt werden, selbst nach dem Verschwinden der secundären Symptome. Was die Methode der Behandlung betrifft, zieht N. die Einreibungen den Injectionen vor. Auch Kaposi (Wien) schliesst sich dieser Meinung mit Entschiedenheit an. Er habe mit den Injectionen schlechte Erfahrungen gemacht. Eine Frau seiner Klinik sei an den Folgen der durch die Injectionen herbeigeführten Quecksilber-Intoxication zu Grunde gegangen. Die chemische Untersuchung wies nach, dass 70 Procent des injicirten Quecksilbers nicht resorbirt waren und noch an jenen Stellen lagen, an welchen das Mittel injicirt worden war. Die Methode der Injection ist schon aus dem Grunde gefährlich, weil im Organismus ein Quecksilber-Depôt gebildet wird, von dem aus eine continuirliche Resorption des Mittels Statt findet, die man nicht unterbrechen kann, sobald beunruhigende Erscheinungen, Anzeichen einer Intoxication, eintreten. — Balzer (Paris) hält die Vorwürfe, welche der Injections-Methode gemacht werden, für ungerechtfertigt. Wenn man nie die Einzeldosis von 0,07 Quecksilber für eine Injection überschreite und die nöthigen Intervalle zwischen den Injectionen verstreichen lasse, habe man keinerlei üble Zufälle zu fürchten. Auch dürfe der Patient nicht an Albuminurie, Tuberculose u. dgl. leiden. — Watreszewski (Warschau), Bertorelli (Mailand) und Barthelemy (Paris) schliessen sich der Ansicht Balzer's an und erklären die Injections-Methode gleichfalls für rationell und wirksam.

(Wiener med. Blätter.)

III. Chirurgie-, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber die Chloroformnarcose durch schwache und unausgesetzte Gaben des Chloroforms. Von Moriz Peraire. (Revue de Chirurgie. 1889. 5.) Auf der Abtheilung des Prof. Terrier im Hospital Bichat zu Paris hat man mit Glück Versuche unternommen, durch geringe, aber continuirliche Dosen des Chloroform die zu operirenden Kranken zu narcotisiren. Die Anästhesie war immer eine leichte, progressive und regelmässige, meist ohne Aufregungsstadium und ohne Erbrechen. Die hierzu nothwendige Menge des Chloroform war gegenüber den gewöhnlich zur Narcose nothwendigen Mengen unbedeutend. Peraire theilt eine lange Reihe von im Hospitale Bichat ausgeführten Operationen mit, bei denen allen diese Methoden der Narcose zur Anwendung kam. Aus denselben ist zu ersehen, dass diese Art der Narcose eine sehr vorsichtige und vortheilhafte ist. Man reicht das Chloroform in sehr geringer Menge, jedoch ohne andere Unterbrechung,

als es zum Umwenden der damit befeuchteten Compressen bedarf. Peraire giesst jedesmal nur 3—4 Tropfen auf einmal auf die Compresse, welche dem zu Narcotisirenden fortwährend vor Mund und Nase gehalten wird, ohne den Zutritt von Luft zu gestatten. Der Kranke kommt nicht in Erstickungsgefahr und gewöhnt sich leicht daran, hat kein Excitationsstadium durchzumachen, keine Aufregung und Hyperästhesie; die Kranken speien sehr selten. Man muss aber dieses Stadium der Anästhesie stets auf derselben Höhe zu erhalten trachten, sie weder vermindern noch vermehren lassen. Zur Herstellung einer solchen Narcose genügen 7 oder 8 Grm. Zur Erhaltung derselben sind weitere 10 bis 12 Grm. nöthig. Trotzdem, dass unter den also Narcotisirten Alkoholiker und Herzleidende, Emphysematiker etc. waren, genügten als Maximaldosis 50 Grm., in welchem Falle es sich aber um eine zweistündige Narcose handelte. Während der Narcose muss um den Kranken absolute Ruhe herrschen; die grösste Stille ist ein Hauptbedingniss. Man lässt auch den Kranken weder sprechen noch zählen, da dies die Narcose nur verzögert. Der Operateur muss aber den Kranken unausgesetzt beobachten und vorzüglich auf die Respiration achten, denn der Puls ist unzuverlässig, da er noch schlägt, wenn die Athmung längst schon aufgehört hat. Diese chloroformsparende Narcose hat den Vorzug grösserer Sicherheit, da der Organismus Zeit hat, sich allmälig an die Wirkung des Narcoticums zu gewöhnen, während bei der mit grossen Dosen arbeitenden gewöhnlichen Art der Narcose durch die rasche und in grosser Menge erfolgende Darreichung des toxisch wirkenden Agens es sehr leicht zu einer Anhäufung desselben in den nervösen Centren und zur Lähmung kommen kann. — Absolut nothwendig ist vollkommene chemische Reinheit des Chloroforms; es soll farblos, klar und von neutraler Reaction sein, soll angenehm riechen und nach seiner Verdampfung auf der Compresse keinen Chlorgeruch zurücklassen. Es muss in blauen Flaschen unter hermetischem Verschlusse aufbewahrt werden, da es sich unter Einwirkung des Lichtes zersetzt.

(Med.-chirg. Rundschau.)

Ueber die operative Behandlung difform geheilter Knöchelbrüche und die operative Behandlung des Plattfusses. Von Prof. Trendelnburg (Bonn). Bei schief geheilten Knöchelbrüchen ist die Difformität eine verschieden hochgradige, im Wesentlichen aber in allen Fällen dieselbe. Der Fuss ist nach aussen verschoben, so dass beim Stehen die Achse des Unterschenkels in ihrer Verlängerung nicht die Mitte der Fusssohle schneidet, sondern den inneren Fussrand trifft oder sogar medianwärts an demselben vorbeigeht. Der Fuss ist pronirt, das Fussgewölbe flacht sich ab, und es entsteht also ein ähnliches Bild wie bei

hochgradigem Plattfuss. Durch quere Osteotomie der Tibia und Fibula mit dem Meissel dicht über den Knöcheln lässt sich die Difformität leicht beseitigen und der Fuss in die richtige Stellung zum Unterschenkel bringen. Vor der Operation können die Pat. nur mit Krücke oder Stock mühsam gehen, nach der Heilung ist der Gang meist wieder nahezu normal, die Schmerzen beim Gehen sind beseitigt.

Die grosse Aehnlichkeit des Bildes mit dem des gewöhnlichen Plattfusses und der eklatante Erfolg der Osteotomie und Geraderichtung legte den Gedanken nahe, dasselbe Verfahren bei gewöhnlichen (nicht traumatischen) Plattfüssen zu versuchen. Auch hier findet sich neben der abnormen Pronation des Fusses eine Verschiebung des Verhältnisses zwischen Unterschenkelachse und Fussgewölbe; die Unterschenkelachse trifft in ihrer Verlängerung nicht die Mitte der Fusssohle, sondern den inneren Fussrand oder einen ihm nahe gelegenen Punkt — eine Thatsache welche der Pronationsstellung gegenüber bisher nicht die genügende Beachtung gefunden hat. Nach der queren Durchmeisselung der Tibia und Fibula dicht über dem Fussgelenk lässt sich der Fuss mit Leichtigkeit so weit nach innen verschieben, dass die Unterschenkelachse in ihrer Verlängerung die Fusssohle in ihrer Mitte durchschneidet, und somit Last und Stütze wieder in das richtige statische Verhältniss zu einander gebracht werden; zugleich lässt sich die Pronationsstellung leicht korrigiren. Der Fuss wird sodann 5 Wochen im Gipsverband fixirt.

T. führte die Operation der supramalleolaren Osteotomie bisher an 7 Plattfüssen (bei 5 Kranken) aus, jedesmal mit überraschendem Erfolg; die Höhlung des Fusses stellte sich wieder her, die Stellung des Fusses zum Unterschenkel war die normale geworden, die Beschwerden beim Stehen und Gehen verschwanden ganz oder nahezu vollständig. T. demonstrirte den Erfolg an einem 16jährigen jungen Manne, der vor 4 Monaten an dem einen Fuss operirt worden war, so wie an einer Reihe von Sohlenabdrücken von Plattfüssen vor und nach der Operation.

(Congress der deutch. Ges. für Chirur. 1889.)

Ueber die Behandlung von Brandwunden mit Sozojodolkalium. Von Dr. E. Ostermayer. Vor mehreren Wochen erschien von Dr. Mundy aus Veranlassung der Heilung von an Brandwunden erkrankten Feuerwehrmännern in Wien ein längerer Aufsatz in der »Neuen Freien Presse« über Jodoformverband bei Brandwunden, und seitdem machte diese Veröffentlichung die Runde durch eine Menge grösserer und kleinerer Zeitungen, in einem der Jodoformbehandlung äusserst günstigen Sinne. Demgegenüber hat eine Autorität auf dem Gebiete der Hautkrankheiten, Prof. M. Kaposi in Wien, in

seiner »Pathologie, und Therapie der Hautkrankheiten« schon früher betont, dass das Jodoform, wenn es auch die Schmerzen stillt, bei solchen Brandwunden doch die Eiterung nicht verhindern könne, und hat als einen eminenten Nachtheil der Jodoformbehandlung den Umstand bezeichnet, dass eine bei Brandwunden allmählich sich einstellende Jodoformvergiftung, die sich durch Unruhe, beschleunigten Puls, Delirien und Collaps kundgiebt, sogar den Tod herbeiführen könne.

Prof. Kaposi warnt daher sehr vor der continuirlichen Jodoformbehandlung bei Verbrennungen.

Auch vor dem in Laienkreisen allzusehr eingebürgerten Gebrauch von Carbolsäure bei Brandwunden wird neuerdings von Prof. Billroth in Wien eindringlich gewarnt, — insofern dieser vom Publikum ohne nähere Kenntniss der einzelnen Fälle ausgeübt wird.

Als ein neues Antisepticum ist seit einiger Zeit nun das »Sozojodol« aufgetreten, und hat sich dasselbe bei Wunden, und besonders bei Brandwunden, ganz vorzüglich bewährt. Es hat, wie das Jodoform nicht nur schmerzstillende Eigenschaften, sondern es ist im Stande die Eiterung zu verhindern, ausserdem ist es absolut ungefährlich und vollständig geruchlos. Werden in solchen Fällen die gebildeten Brandblasen angestochen und der Inhalt mit sterilisirter Watte oder mit in Stärkemehl getauchten Charpieballen entfernt und gleich darauf eine 10 procentige Mischung von Sozojodalkalium und Stärkemehl oder venetianischem Talk gehörig darauf gestreut und mit Verbandwatte zugebunden, so kann man schon, nachdem der Verband etwa 24 Stunden darauf gelegen, die ausserordentlich günstige Wirkung beobachten, welche dieses Präparat hervorbringt. Ohne jede Spur von Eiterung vollzieht sich der Heilungsprocess in erstaunlich kurzer Zeit, auch fühlt der Kranke keine Schmerzen. Dabei ist absolut keine Gefahr von Vergiftungen vorhanden, selbst nicht bei grossen Flächen. Aber nicht nur Brandwunden, welche durch direkte Flammen oder heissen Dampf entstehen, werden durch die Behandlung mit Sozojodolkali in günstigster Weise geheilt, sondern selbst solche durch heisse und obendrein fürchterlich ätzende Flüssigkeiten erzeugte Wunden, wie sie vielfach in chemischen Fabriken vorkommen.

Man hat Beobachtungen gemacht, dass Personen, welche von heisser Aetzkalilauge oder gar Monobromessigsäure im Gesicht verletzt worden sind, durch Anwendung von Sozojodolkalium in kürzester Zeit fast ganz schmerzlos von ihren Brandwunden geheilt wurden, und selbst die bei derartigen Unglücksfällen sonst nicht zu vermeidenden Narben blieben aus.

(Deutsche med. Wochenschr.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht. Von Prof. E. Mendel in Berlin. Mendel fasst die Hypochondrie als eine »funktionelle Hirnerkrankung, deren wesentliche Symptome Furcht und Angst in Bezug auf den Zustand des Körpers sind«, auf. Er unterscheidet dem Grade nach 3 Formen: 1. Lediglich Furcht und Angst vor anderen Krankheiten oder vor dem Tode, ohne dass, abgesehen von vagen Empfindungen, bestimmte Symptome angegeben werden können; in anderen Fällen wurden die unerheblichsten Veränderungen für tödtliche Krankheiten angesehen (z. B. ein Bläschen an der Zunge für Zungenkrebs etc.): Nosophobie. 2. Zu Furcht und Angst kommen allerlei abnorme Sensationen: Hypochondrie mit Hallucinationen der Körpergefühle. 3. Ausser den schon genannten Erscheinungen treten auch abnorme Vorgänge im Gebiete der höheren Sinne (namentlich Gesicht und Gehör; es erscheint alles anders, die Stimme hat sich verändert etc.) auf, welchen die Kranken noch objektiv gegenüber stehen.

Abweichend von der bis jetzt allgemein herrschenden Anschauung hat Mendel, gestützt auf eine reiche Erfahrung, gefunden, dass die Hypochondrie eine beim Weibe häufig vorkommende und in allen Lebensaltern zu beobachtende Krankheit ist. Die Nosophobie (1) wird nicht sehr häufig beobachtet, dagegen tritt die 2. Form ungemein häufig auf. Die hypochondrischen Klagen beziehen sich auf abnorme Empfindungen in den Genitalien (Brennen, Stechen »im Unterleibe«, das Gefühl von Zerissenwerden etc.), an welche sich nicht selten die Idee des Krebses knüpft. Häufiger noch sind krankhafte Sensationen im Kopfe: Kopfdruck, das Gefühl, als ob Klammern den Kopf umfassten, Knallen und Knacken im Kopfe, Gefühl von Leersein, Leicht- oder Schwersein des Kopfes etc. Hand in Hand mit diesen Empfindungen geht die ängstliche Vorstellung, dass bald ein Schlaganfall eintreten wird, oder dass Geisteskrankheit das Ende sein wird, u. A. Seltener ist die spinale Form. In einzelnen Fällen breiten sich die krankhaften Empfindungen über den ganzen Körper aus. Die 3. Form ist bei Frauen noch häufiger als bei Männern. Es können die Störungen in der Wahrnehmung der höheren Sinne auch noch in der Rekonvalescenz fortbestehen, nachdem Depression und Hallucinationen der Organgefühle bereits geschwunden sind. Bei längerer Dauer der Krankheit entwickelt sich eine Monotonie des Vorstellens und Unfähigkeit zum Handeln, welche namentlich bei den Frauen mehr in den Vordergrund tritt. Der Selbstmord ist bei Frauen seltener als beim anderen Geschlecht. Masturbation wird nicht selten

während der Dauer der Krankheit beobachtet. Unter den Komplikationen ist namentlich die Hysterie, welche mit ihren wechselnden Bildern der Hypochondrie ein eigenthümliches Gepräge verleiht, hervorzuheben. Hysterische Hypochondrie. Den Schluss des wichtigen und interessanten Aufsatzes bildet die genaue Besprechung der Aetiologie, des Verlaufs, der Prognose, der Differentialdiagnose und der Therapie dieser auch dem praktischen Arzte nicht selten begegnenden Krankheit.

(Deutsche med. Wochenschrift.)

Ueber den Gebrauch des Codeïns bei Frauenkrankheiten theilt Dr. H. W. Freund, Assistent der Frauenklinik in Strassburg, auf Grund gemachter Versuche in den »Ther. Monatsh.« Folgendes mit: Schmerzen, welche von der Gebärmutter ausgehen, seien es solche bei Dysmenorrhoe oder bei acuten und chronischen Leiden, lassen sich durch Codeïngaben wohl vorübergehend lindern, aber niemals auch nur annähernd in dem Grade, wie durch Opium oder Morphium. Dass man ferner bei grösseren Exsudationen im Beckenperitoneum und Bindegewebe mit dem Codeïn keine Triumphe feiern kann, war von vornherein zu erwarten. Auch bei Tubenerkrankungen ist das Mittel nicht als schmerzstillend zu empfehlen. Dagegen hat es einen grossen, unverkennbaren und meist sehr prompten Einfluss auf Schmerzen, welche von den Eierstöcken ausgehen; ob es sich um Verlagerung oder Prolaps der Ovarien, um Oophoritis, acute oder chronische Perioophoritis oder um sogenannte reine Ovarialneuralgie handelt, immer lassen die Schmerzen auch schon nach kleinen Dosen Codeïn erheblich nach, in den meisten Fällen aber schwinden sie gänzlich, so lange die Wirkung des Mittels anhält. In allen Fällen wurde die für die betreffenden Leiden erforderliche locale und diätetische Behandlung sofort eingeleitet; wir wissen aber, dass diese allein nicht genügt, die meist sehr heftigen Schmerzen in kurzer Zeit zu beseitigen. Hinsichtlich der Dosirung hat F. sich an die bisher giltigen Vorschriften gehalten und dreimal täglich eine Pille von je 0,033 Codeïn (mit Extr. Gentian. und Pulv. Rad. Liquir.) gegeben. Diese Dosis genügt in den meisten Fällen; nur sehr selten braucht man sie zu steigern. Irgend welche unangenehme oder schädliche Nebenwirkung vom Codeïn hat F. nie gesehen. Codeïn betäubt nicht, es beeinflusst weder den Appetit, noch die regelmässige Darmentleerung und vor allen Dingen gibt es keine Gewöhnung an das Mittel, keinen Codeïnismus. Einige Patientinnen brauchen schon Monate lang bei jedem neuen Anfall von Ovarialschmerzen diese Pillen; in den schmerzfreien Intervallen vermögen diese Frauen das Mittel bei Seite zu lassen, ohne es zu vermissen.

Menthol gegen das unstillbare Erbrechen der Schwangeren. Von Dr. S. Gottschalk in Berlin. (Berl. kl. Wochenschr. 89. 40.) Das unstillbare Erbrechen der Schwangeren ist zweifellos eine der schlimmsten Schwangerschaftsstörungen, insofern unsere Therapie sich allzuhäufig machtlos gegen dieses Leiden erweist, und der tödtliche Ausgang in einer erschreckenden Anzahl von Fällen beobachtet ist. So lesen wir in dem kürzlich erschienenen Lehrbuch von Peter Müller, »Die Krankheiten des weiblichen Körpers in ihren Wechselbeziehungen zu den Geschlechtsfunctionen«, dass Joulin 44 pCt., Guéniot 32 pCt. Mortalität auf Grund einer genauen Statistik berechneten und dass Cohnstein unter 200 durch Abortus beendigten Fällen nur in 40 pCt. sofortige Heilung, dagegen in 12 pCt. den unmittelbaren Tod eintreten sah. Und doch kann man den künstlichen Abortus nur als Ultimum refugium in der Behandlung des unstillbaren Schwangerschaftserbrechens ansehen. So berechtigt dieser Eingriff dann aber ist, und so beherzigenswerth der Rath hier sein mag, mit diesem Mittel doch nicht zu lange zu zögern, so müssen wir auf der anderen Seite aber auch die Möglichkeit im Auge behalten, dass gerade durch den mit der Unterbrechung der Schwangerschaft heraufbeschworenen Blutverlust und die Gefahr einer septischen Infection das tödtliche Ende nicht selten auch beschleunigt werden kann. Wir müssen daher die Unterbrechung der Schwangerschaft als ein zweischneidiges Mittel ansehen, das die geschwächte Kranke in erhöhte Lebensgefahr bringen kann, ohne dass es mit Gewissheit dieselbe von ihrem Leiden zu befreien vermag. Denn nicht selten sehen wir das Erbrechen den Abortus überdauern.

So lange wir direct nachweisbare Ursachen des unstillbaren Erbrechens noch nicht kennen und wir dieses Leiden als eine Reflexneurose ansehen müssen, sind wir verpflichtet, alle diejenigen Mittel, welche die Reflexerregbarkeit herabzusetzen vermögen, gegen dieses Leiden ins Feld zu führen. Dass dies mit Erfolg geschehen kann und geschieht, ist bekannt, und wenn man aus der Wirkung der bekannten Mittel auf die Ursachen der Krankheit Rückschlüsse machen darf, so werden auch diese uns darauf hinweisen, bis auf Weiteres in dem unstillbaren Erbrechen den Effect einer erhöhten Erregung der Uterinnerven zu erblicken.

So gehört in erster Linie das Cocain zu denjenigen Mitteln, welche die gesteigerte Erregung der Gebärmutternerven zu unterdrücken vermögen. Dementsprechend können wir fast in allen Fällen von Schwangerschaftserbrechen leichteren und mittleren Grades die vorzügliche Wirkung des Cocains auf dieses Leiden beobachten. G. verfügt über eine ganze Zahl von einschlägigen Fällen, welche das Gesagte beweisen. D

eine passende, d. h. rein flüssige Diät und ruhige Lage die Cocainwirkung wesentlich unterstützen, ist von vornherein klar.

Nur in einem Falle, der zu jener schlimmsten Classe von unstillbarem Erbrechen gehört, versagte auch das Cocain. Das Bestreben, durch physiologisch dem Cocain nahestehende Arzneimittel das hartnäckige Leiden zu bekämpfen, liess G. in dem Menthol ein ganz vorzügliches Mittel erkennen, das diesen ganz verzweifelten Fall prompt zur Heilung brachte. Er verordnete Menthol 1,0 solve in Spirt. vin. 20,0, Aqu. dstl. 150,0 stündlich einen Esslöffel voll, später zweistündlich und zuletzt dreimal täglich.

Physiologisch lässt sich diese Wirkung des Menthol sehr wohl erklären, denn seine anaesthesirenden und die Reflexerregbarkeit herabsetzenden Eigenschaften sind bekannt.

G. hat aber diesen Fall der Oeffentlichkeit übergeben, nicht etwa weil er jetzt schon glaubt, in dem Menthol ein unfehlbares Mittel gegen das unstillbare Erbrechen der Schwangeren empfehlen zu können, sondern weil er die Anregung geben wollte, das Menthol gegen dieses Leiden weiter zu prüfen, da der Einzelne nur selten solche schwere Fälle zu sehen bekommt.

Herausgeber dieser Zeitschrift hat angeregt durch den von Gottschalk mitgetheilten Fall, bei einer Patientin, deren Hyperemesis im zweiten Schwangerschaftsmonat allen bis dahin empfohlenen Mitteln (Cocain, Chloroform etc.) trotzte und die Kranke in bedenklicher Weise herunterbrachte, das Menthol versucht. Patientin nahm bei entsprechender Diät und Ruhe stündlich von einer Menthollösung (1,0 : 150,0 mit Spirt. vin. 20,0 zur Lösung) einen Esslöffel voll; das Erbrechen liess nach den drei ersten Esslöffeln nach; Pat. fühlte nur noch Uebelsein. Nach weiterer Verabreichung des Mittels stellte sich der Appetit wieder ein, Schlaf und allgemeines Wohlbefinden. Das Mittel wurde nun dreimal täglich von derselben Verordnung einen Esslöffel voll weiter genommen und zwar mit bestem Erfolg. Weitere Versuche sind demnach zu empfehlen.

Die Mentholmedicin hält sich für die Dauer nicht in Lösung, doch wird durch Erwärmen das sich ausscheidende Menthol sofort wieder gelöst.

Verschiedenes.

Ueber die Ausscheidung des subcutan injicirten Morphiums durch den Magen theilt Dr. Alt interessante und wichtige Untersuchungen mit (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25), die in einer zufälligen Beobachtung von Prof. Hitzig ihren Ausgangspunkt fanden. Prof. H. beobachtete nämlich bei seinen Thierexperimenten, dass ein Hund,

der das Erbrochene eines wenige Minuten vorher durch subcutane Morphiuminjection narcotisirten Leidensgenossen auffrass, kurze Zeit hernach ebenfalls erbrach.

Alt's Versuche sind an Hunden angestellt und führten zu folgenden bemerkenswerthen Ergebnissen: 1. Nach subcutaner Morphiumapplication wird Morphium durch den Magen ausgeschieden. 2. Die Ausscheidung beginnt bereits nach $2^1/_4$ Minuten, dauert deutlich $^1/_2$ Stunde an, ist dann nur mehr schwach, hört nach 50—60 Minuten ganz auf. 3. Der Brechreiz nach subcutaner Injection tritt erst zu einer Zeit ein, in der Morphium bereits in den Magen ausgeschieden ist und wird durch Ausspülung des Magens vermieden. 4. Die in den Magen ausgeschiedene Morphiummenge ist eine sehr beträchtliche, sie erreicht schätzungsweise wohl die Hälfte des injicirten Giftes. 5. Durch längere Zeit fortgesetzte Ausspülungen werden die Vergiftungserscheinungen wesentlich herabgesetzt, sonst sicher tödtliche Dosen werden ungefährdet vertragen.

Vergiftungserscheinungen nach subcutanen Morphiuminjectionen wären somit auf die richtigste und nachhaltigste Weise mit Magenausspülungen zu behandeln, die Analeptica kämen (abgesehen von ihrer zweifelhaften Wirkung) jedenfalls erst in zweiter Linie. So berichtet Alt, dass er zwei Hunde nach subcutaner Morphiuminjection von 24 cgr. pro Kilo durch Magenausspülungen am Leben erhalten habe.

Controlexperimente an drei kräftigen Männern bestätigten im Ganzen die am Thiere gemachten Beobachtungen. Die Magenausspülung unterdrückte jede Morphiumwirkung.

Auch eine gerichtliche Bedeutung hat diese Erfahrung. Man wird in Zukunft nicht mehr nach Dragendorff im Blut nach Morphiumspuren suchen (wo es bald nicht mehr nachzuweisen ist), sondern der Gerichtsarzt muss sein Augenmerk auf den Mageninhalt richten, worin die chemische Probe noch längere Zeit nach dem Tode das Gift nachweisen kann.

M. J. Kossobudski hat in 22 Fällen das von Unna empfohlene **Chrysarobin gegen Hämorrhoiden** angewandt und ist, wie er in Nr. 20 der »Russkaja Medizina« mittheilt, von den Resultaten sehr zufrieden. Er wendet das Mittel in $2^1/_2$—3proc. Lösung an. Nachdem er die Knoten mit 2proc. Carbollösung oder 1proc. Creolinlösung abgespült und darauf mit hygroskopischer Watte abgetrocknet, bestreicht er dieselben 3—4mal am Tage mit folgender Salbe:

Chrysarobin	0,8
Jodoformii	0,3
Extr. Belladonnae	0,6
Vaselin	25,0

Bei inneren Knoten wendet er Suppositorien an:

Chrysarobin	0,08
Jodoformii	0,02
Extr. Belladonnae	0,01
Butyri Cacao	2,0
Glycerini q. s. ut f. suppos.	

Findet starke Blutung statt, so fügt er noch Tannin hinzu. Bei dieser Therapie sah K. in 3—4 Tagen die heftigsten Schmerzen und Blutungen schwinden und in 3—4 Monaten die Knoten fast vollständig schrumpfen. (Wien. med. Presse.)

Zum Schweissleder der Hüte wird für gewöhnlich Leder genommen, welches durch Fett- oder Oelgerberei, die sogenannte Sämisch-Gerberei, hergestellt wird, da Leder, welches durch Loh- oder Weissgerberei gar gemacht worden ist, zu diesem Zwecke sich nicht so gut eignet. Die Königl. chemische Centralstelle in Dresden hat durch Untersuchungen festgestellt, dass die Ledersorten, welche zu Hut- und Mützenfutter verwendet werden, in der Regel solche sämisch gegerbte sind. Nun ist das Oel oder der Thran, welche zur Sämisch-Gerberei bezw. Walkerei verwendet werden, ranzig, und für gewöhnlich bleibt, um das Leder sehr weich und geschmeidig zu erhalten, ein nicht unbedeutendes Quantum Oel in dem Leder zurück. Die Menge des ranzigen Oeles oder Thranes in solchem Schweissleder ist z. B. bis zu 42 Procent in einzelnen derselben nachgewiesen worden, wovon 27 Procent Fettsäuren waren. Da nun das Ranzigwerden von Baumöl oder Thran bei der Fett- oder Oelgerberei eintreten muss, so ist die Folge davon, dass in dem sämisch gegerbten Leder sich mehr oder weniger Fettsäuren ausscheiden, welche bei reizbarer Haut Stellen derselben, die durch die Kopfbedeckung gerieben oder gedrückt werden, in einen entzündlichen Zustand versetzen und alsdann leicht und ziemlich tief ätzen können. Diese Erscheinungen treten zumeist in der warmen Jahreszeit ein, wo Schweissbildung an der Stirn häufig ist und die Haut afficirbar macht. Früher glaubte man vielfach, diese entzündlichen Erscheinungen Farbengiften zuschreiben zu müssen, welche in der Farbe, womit das Leder gefärbt worden, enthalten sein sollten. Es ist aber wohl richtiger, diese Erscheinungen auf den oft hohen Gehalt des Schweissleders an Fettsäuren zurückzuführen. Um nun solch' möglichen Endzündungszuständen auf alle Fälle zu entgehen, da man dem Schweissleder den Gehalt an ranzigem Oel nicht ansehen kann, ist folgendes Verfahren zu empfehlen. Das lederne Futter neuer Kopfbedeckungen wird vor dem Gebrauch derselben mit etwas gebrannter Magnesia übertrieben und dies im Anfange öfter wiederholt. Die Menge der gebrannten Magnesia braucht nur so gross zu sein, dass eine sehr feine, nicht abstäubende Schicht auf der Lederoberfläche haftet. Vor jeder neuen Einreibung muss das Schweissleder mit einem Tuch gut gereinigt werden. Die gebrannte Magnesia dringt durch diese Ueberreibung in die Poren des Leders und saugt das ranzige Eett von der oberen Schicht desselben auf, wodurch die ätzend wirkenden Fettsäuren abgestumpft und unschädlich gemacht werden.

Verleger: G. Rathgeber in Wetzlar.
Redacteur: Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Gedruckt bei Ferd. Schnitzler in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 11. XXX. Jahrgang. November, 1889.

Diese Zeitschrift erscheint monatlich zu 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Verlagshandlung** zu richten.

Inhalt:

Das Dangue-Fieber im Orient. — Die Agaricinsäure. Das Somnal. Die Gefährlichkeit der Carbon-Natron-Oefen. — Zum Nachweis der Tuberkelbacillen. Die Arzneimittel gegen Asthma. — Ueber Entstehung und Behandlung der Luxation beider Vorderarmknochen nach hinten. Ueber Schlitzung der Mandeln. Die Behandlung kleiner cystischer Geschwülste mit Chlorzinkeinspritzungen. Die Neisser'sche Gonorrhöe-Behandlung. — Zur Theorie und Behandlung der Rachitis. Bromoform und Resorcin gegen Keuchhusten.

Das Dangue-Fieber im Orient.

Von Prof. Dr. Christoph in Konstantinopel.

(Internat. Klin. Rundschau 89, 42.)

Die nach ihrem Entdecker benannte, niedertropische Krankheit, welche auch öfters in Indien und Egypten sich zeigt, von wo sie einmal nach Cypern und Candia importirt wurde, trat vor drei Monaten mit ungewohnter Heftigkeit in der Stadt Smyrna auf, in welcher sie bis heute ungefähr 100000 Einwohner, ziemlich vier Fünftel der Stadt, ergriffen hat. Sie verursachte trotz ihrer Benignität einen solchen Schrecken, dass die Behörde nach Konvokation der medicinischen Korporation eine Kommission von ihr wählen liess, um über die Krankheit Bericht zu erstatten und zugleich die beste Art der Behandlung festzustellen. Der Rapport ist nun publizirt. Auch in Athen und Konstantinopel wüthet sie in ganzen Quartieren, Niemanden verschonend, was Chr. im eigenen Hause zunächst zu beobachten Gelegenheit hatte; neben Chr. wurden sämmtliche Bewohner, nahezu zwanzig nacheinander inficirt.

Das Fieber ist ohne Zweifel den akuten, infektiösen Exanthemen einzureihen, wenn auch in den leichtesten Fällen das charakteristische Merkmal, das Exanthem fehlt. In derselben Weise nimmt sie ihren Verlauf, hat epidemischen Charakter, selbst cyklische Evolution, ohne dass jedoch die verschiedenen Perioden genau voneinander abgegrenzt sind. Zu unterscheiden sind bei ihr folgende Stadien: »ein seiner Dauer nach unbestimmbares Incubationsstadium, ferner das Prodromal-, exanthematöse und Abschuppungsstadium; ihre Dauer überschreitet nicht den Zeitraum von vierzehn Tagen, meistens nicht acht Tage.

Auch die Kommission in Smyrna hält an der Ansicht

fest, dass das Fieber, sei es direkt von den aus infektiösen Orten kommenden Personen eingeschleppt worden ist, sei es durch Waaren, wie Kleider, Wolle, die aus diesen Gegenden in den Handel kommen. Es liegt in der Natur der Sache, dass sie zuerst in den bevölkertsten Quartieren auftrat, wird ja doch dort den Grundsätzen der Hygiene in keiner Weise Rechnung getragen, wie auch von Desinfektion der Aborte wie öffentlicher Etablissements keine Rede ist. Ohne Unterschied des Alters, des Standes, der Race ergreift mit rasender Schnelligkeit die Krankheit Alle, das Kind an der Mutterbrust bis zum höchsten Greisenalter, und namentlich in den letzten Fällen kann sie bei der geringen Resistensfähigkeit des Organismus lebensgefährlich werden.

Ihr Verlauf, wie ihn Chr. an eigner Person und Patienten beobachtete, war nachstehender: Des Morgens war Chr. noch ziemlich wohl, um gegen Nachmittag Kopfschmerzen, Uebelkeit und Schwindel zu spüren. Gegen Abend trat noch Frösteln mit Hitze ohne eigentlichen Schüttelfrost hinzu; er fieberte. In der schlaflosen Nacht nahmen die Kopfschmerzen in so intensiver Weise zu, dass er das Gefühl hatte, als ob ihm ein spitzes Instrument fortwährend in das Gehirn gebohrt würde, ebenso stellten sich am ganzen Körper, vorzüglich an der Wirbelsäule, in den untersten Gliedern sowie an den Gelenken grosse Schmerzen ein, sodass an einen beginnenden Gelenkrheumatismus zu denken nahe lag. Der Puls stieg über 100 Schläge in der Minute, die Temperatur stieg auf 39,6 Celsius, die Zunge war belegt, totale Appetitlosigkeit. Am folgenden Tag, dem türkischen Feiertag, dem Freitag, blieb er zu Bett, sich nur von Milch, Rothwein mit Selterswasser, Cognac mit abgekochtem Wasser nährend, denn ein fader, pappiger, unangenehmer Geschmack im Munde liess die Aufnahme anderer Nahrung nicht zu. Am dritten Tage bemerkte Chr. an seinen Händen, im Gegensatz zu Smyrnaer Mittheilungen, hauptsächlich an der Palmarfläche, zahllose rothe Flecken, wie bei Scharlach und Masern, die sich in grosser Masse auch an der Brust und im Gesicht einstellten. Gegen das Fieber nahm er in der Früh einen Gramm Chinin, des Abends einen halben, ohne wesentlichen Erfolg zu bemerken, daneben gegen die Obstipation noch drei Esslöffel Ricinusöl. Das Exanthem verursachte ganz unerträgliches Jucken, Pruritus, welches auch während der Abschuppung noch heftig andauerte und ihn zu starkem Kratzen veranlasste, da er zu inneren Mitteln, wie subcutanen Morphiuminjektionen nicht schreiten wollte. Als er am vierten Tage dreimal Nasenbluten bekam und folgenden Tages Blut spie, setzte er das Chinin aus, dessen hohen Dosen diese complicirende Erscheinung zuzuschreiben war; trotzdem ging Chr. schon seinen Berufspflichten nach, wenn er auch doch ein sehr desperates Aussehen darbot; auch die Schmerzen

im Kopfe, sowie am übrigen Körper, und Appetitlosigkeit waren noch, wenn auch in geringem Grade vorhanden, desgleichen das Fieber. Gegen die Dyspepsie nahm er Salzsäure mit Pepsin, ein Gramm zu 180 Wasser, zweistündlich ein Esslöffel, nach welcher Verordnung er einen Teller Suppe, Bouillon mit Ei und auch etwas Fleisch geniessen konnte; am 6. u. 7. Tag verschwand auch die Dyspepsie, und konnte er sich als reconvalescent betrachten, obwohl kolossale Schweisse ihn den ganzen Tag peinigten.

Obwohl Chinin als Specificum von allen Aerzten hier immer noch trotz entgegenstehender Smyrnaer Berichten allein angewandt wurde, verordnete Chr., gestützt auf eigene schlechte Erfahrungen bei anderen Patienten salicylsaures Natron und Antipyrin in hohen Dosen mit bestem Erfolge gegen Fieber und Schmerzen. Nur in einem Falle, wo die Kranke jedes Medicament auch per anum wegen Erbrechens refüsirte, dauerte die Krankheit 14 Tage mit den heftigsten Schmerzen am ganzen Körper, die in der Lendengegend kreis- oder gürtelförmig waren, ja sie erzählte, selbst im Abdomen fühle sie solche Schmerzen, als ob sämmtliche Eingeweide zerschnitten würden.

Der Rapport von Smyrna schildert den Gang und Verlauf folgendermassen:

Grossentheils kein Prodermalstadium, eventuell ein solches nur von 24 bis 36 Stunden, plötzlicher Beginn mit Schüttelfrost und heftigem Fieber, intensiven Kopfschmerzen, 40 bis 41° Celsius, Puls 100 bis 120 Schläge in der Minute, rothes Gesicht mit glänzenden injicirten Augen, deren Bewegungen Schmerz erregen. Schnupfen, Pharyngitis, breite stark belegte Zunge, nicht selten Uebelkeit und Erbrechen. Die Intelligenz ist abgestumpft, Schwindel und Delirien, Lypothymien finden sich besonders bei Greisen und hysterischen Frauen, auch sei präcordiale Aengstlichkeit ein constantes Symptom. Grosse, erschütternde Schmerzen längs der Höhlungen der Wirbelsäule, unbeschreibbares Gefühl von moralischer und physischer Müdigkeit. Zu späterer Zeit erscheint eine flüchtige Eruption skarlatinösen oder masernartigen Aussehens auf Gesicht, Händen (dorsale Seite) Brust, die sich jedoch auf den ganzen Körper übertragen kann; manchmal ziehen die Exantheme die Form von Coutons und gleichen bald dem Erysipel, bald der Urticaria, der Urin war klar, in grosser Menge, wenig licht, ausnahmsweise dunkel und zeigte Albumin bei renaler Komplikation. Meistens bestand Konstipation, seltener Diarrhoen. Endlich kamen in Smyrna häufig Nasenbluten, Hämatemesis, Metrorrhagien und Hämaturie, die manchmal fast unstillbar waren, vor. Das Fieber dauerte nur 24 bis 36 Stunden mit Schweiss von eigenthümlichem Geruch, bei seinem Verschwinden er-

blasste die Eruption und Besserung der Schmerzen trat ein, sowie eine Remission von 2 bis 3 Tagen. Dann trat das Fieber erneut auf und eine zweite mehr zusammenfliessende Eruption mit ausgedehnterem, markirterem Charakter erschien, die mehrere Tage mit unerträglichem Jucken selbst nach Verschwinden des Fiebers anhielt und mit einer Abschuppung schloss.

In manchen Fällen fehlte die Eruption total, dafür traten heftige Schmerzen an den kleinen Gelenken mit Anschwellungen auf, auch zeigte sich Photophobie. In ernsten Fällen hielt das Fieber drei bis vier Tage auf 40 bis 41° Celsius an, die Transpiration, sowie die Eruption blieben aus, der Puls stand zur Temperatur nicht im richtigen Verhältniss, er war langsam, was auch in der langen Convalescenz andauerte, die sich durch Appetitlosigkeit, Schwindel, ein besonderes Gebrochensein der Glieder noch charakterisiren soll. Wiederholt stellte sich in Folge Mangel von Diät, Erkältung, das Fieber wieder mit Erbrechen ein, was man mit unvollkommener, successiver Eruption in Verbindung brachte, auch sollen die Recidive nach Ansicht mancher Aerzte nicht selten sein. Die Prognose ist ausserordentlich günstig, da von hunderttausend Fällen nur zehn letal endigten. Ernster waren die Fälle mit Komplikationen, die auch die Todesursache bildeten, wie Bronchitis, katarrhalische Pneumonie, unbezwingbares Erbrechen, Diarrhoen, intestinale, bronchiale, vesikale und uterinäre Blutungen. In seltenen Fällen war Albumin im Urin, in zwei Fällen war Myelitis vorhanden, in einer pseudomembranösen Laryngitis musste zur Tracheotemie geschritten werden; Adenitiden, sowie ganglionäre Eiterungen wurden oft beobachtet.

Bei der Behandlung beobachteten die Aerzte Smyrna's drei Indikationen:

1. Die Eruption durch alle möglichen Mittel zu begünstigen.
2. Die Bekämpfung der übertriebenen Symptome und Komplikationen.
3. Die Aufrechthaltung der Kräfte in der Rekonvalescenz.

Anwendung fanden die salinen Purgativs im Anfang, dann die Sudorifica, das Antipyrin als analgetisches und schweisstreibendes Mittel, desgleichen salicylsaures Natron, in gleicher Weise Bromkali zur Beruhigung bei eretischen Individuen; endlich machte man Morphiuminjectionen, wo alle diese Mittel dem Schmerze gegenüber erfolglos blieben, desgleichen gegen Erbrechen. Gegen die Komplikationen wandte man die entsprechenden Mittel an, jedoch verschwanden die Blutungen auch von selbst mit der Besserung der Krankheit. Das geeignetste Regime ist die Milchdiät mit Bouillon, sowie warme Getränke während der Dauer des Fiebers, manchmal ist kalten Getränken bei Erethismus des Magens der Vorzug zu geben. In der Reconvalescenz verordnete man Bittermittel und Tonica.

Prophylaktisch wäre der Krankheit Einhalt gethan, mit der Isolirung der Kranken, die jedoch bei ihrer Geringfügigkeit kaum Anklang findet, augenscheinlich wären hygienische Massregeln von grossem Nutzen, dergleichen das Beschaffen trinkbarer Wässer.

So der Bericht der Smyrnaer Aerzte.

Mit den Regentagen der letzten Zeit schreitet auch diese neue Krankheit rückwärts und wollen wir hoffen, dass die ärztliche Kunst im Verein mit den Elementen dieser grässlichen Plage bald ein Ziel setzen wird.

I. Pharmacologie und Balneologie.

Agaricinsäure (Agaricussäure, Agaricin). (Therap. Monatsh. 1889. 6. Heft.) Von den zahlreichen im Lärchenschwamme enthaltenen Körpern kommt nur der von Fleury 1870 im chemisch reinen Zustande dargestellten Agaricinsäure, welche homolog der Aepfelsäure ist ($C_{16}H_{30}O_5 . H_2O$), die schweissvermindernde Wirkung zu (Hofmeister). Trotz dieser Erkenntniss enthält das Agaricin des Handels theils einen physiologisch unwirksamen Körper, das Agaricol, und ein »rothes Harz«, wahrscheinlich Träger der abführenden Wirkung des Lärchenschwammes, beigemengt. Die reine Agaricinsäure stellt ein weisses, seidenglänzendes, leichtes Krystallmehl dar, welches aus vierseitigen tafelförmigen Krystallen besteht und aus absolutem Alkohol umkrystallisirt, sich in büschelförmig gruppirten Nadeln oder in Rosetten abscheidet. Der Schmelzpunkt liegt nach Hofmeister bei 138°. Die freie Säure ist in kaltem Wasser wenig, in kochendem ziemlich gut löslich. Die Alkalisalze sind leicht löslich, die schweren Metallsalze dagegen unlöslich. Oertlich zeigt die Agaricinsäure stark reizende Eigenschaften, welche sich bei subcutaner Injection in ausstrahlender Entzündung mit Ausgang in Eiterung und bei innerlicher Darreichung grösserer Dosen (0,5—1,0) in Erbrechen und Durchfall zu erkennen gibt. Bei Kaltblütern ruft Agaricinsäure allmälig zunehmende Lähmung, Schwächung der Herzthätigkeit und Herabsetzung, resp. gänzliche Unterdrückung der Hautsecretion hervor. Ein durch Muscarin in Stillstand versetztes Froschherz vermag durch Agaricinsäure nicht wieder zum Schlagen gebracht zu werden. Bei Warmblütern kommt es wegen der langsamen Resorption zu keinen schweren Erscheinungen. Bei subcutaner oder intravenöser Injection der löslichen Natronverbindung werden Vagus- und Gefässcentrum zuerst erregt, dann gelähmt. Der Tod erfolgt nach voraufgegangenen Convulsionen durch Athmungsstillstand, bei künstlich respirirten Thieren in Folge der bedeutenden

Blutdruckserniedrigung. — Die Beeinflussung der Schweissecretion ist keine centrale, sondern Folge einer Wirkung auf den secernirenden Apparat. Für die Praxis ergibt sich aus den Untersuchungen Hofmeister's Folgendes: 1. Für therapeutische Zwecke ist reine Agaricinsäure zu verwenden; 2. die Furcht vor brechen- oder durchfallerregender Wirkung ist bei interner Anwendung reiner Agaricinsäure übertrieben. Auf der Professor Kahler'schen Klinik wurden Dosen von 0,05 zumeist, Dosen von 0,02—0,03 ausnahmslos gut vertragen. Da die antihydrotische Wirkung erst allmälig auftritt, so kann man durch wiederholte kleine Dosen die nach einmaliger grosser Dosis entstehenden Unannehmlichkeiten verhüten. Subcutane Injectionen sind wegen der örtlichen Reizungen zu vermeiden.

Das Somnal. Als das neueste wirksamste Schlafmittel empfiehlt Apotheker Radlauer (Berlin, Kronenapotheke) das von ihm hergestellte Somnal. Dasselbe ist äthylirtes Chloral-Urethan von der Formel $C_7H_{12}Cl_3O_3N$ und wird aus Chloral, Alkohol und Urethan dargestellt. Somnal kommt als eine wasserhelle Flüssigkeit von etwas bitterem Geschmack in den Handel und löst sich leicht in Alkohol und Wasser. Es unterscheidet sich von dem bisher bekannten Chloral-Urethan durch den Mehrgehalt von 2 C und 4 H, besitzt einen Schmelzpunkt von 42° C. und siedet im Vakuum bei 145° C.; es wird durch Zusatz von Silbernitrat nicht verändert, ebensowenig durch Säuren. Somnal wird in Dosen von 2 grm am besten mit Zusatz von Solutio succi liquirit. oder Syrup. rubi idaei nach nachstehender Verdordnung gegeben:

℞ Somnal 10,0
Aq. destillat. 45,0
Solut. succi liquirit. . . . 20,0
Des Abends 1 Esslöffel.

In dieser Dosis soll das Somnal nach damit angestellten ärztlichen Versuchen schon eine halbe Stunde nach dem Einnehmen einen 6—8 stündigen ruhigen Schlaf ohne nachherige unangenehme Nebenwirkung bewirken.

Ein dem Prospekte beigegebenes Zeugniss des Direktors des städtischen Krankenhauses in Moabit, Dr. Paul Guttmann, bestätigt, dass bei den angestellten Untersuchungen die schlafbringende Wirkung in den meisten Fällen beobachtet wurde. Das Mittel hat den Vorzug der Billigkeit, denn 10 grm Somnal kosten nur 50 Pf., 100 grm 4 Mk.

Die Gefährlichkeit der Carbon-Natron-Oefen. Von R. J. Petri: (Aus dem hygienischen Institut zu Berlin. Zeitschrift für Hygiene VI. Band, S. 289.) Auf Veranlassung R. Koch's untersuchte P. die durch die Reclame als »in jeder Hinsicht gefahrlos« angepriesenen Carbon-Natron-Oefen, welche

dadurch ausgezeichnet sind, dass sie ohne Schornstein brennen, weder Rauch noch Russ oder unangenehmen Geruch entwickeln, leicht von einem Zimmer in's andere transportirt werden können u. s. w.

Bereits 1887 war durch Wolpert auf Grund eigener schlimmer Erfahrungen (derselbe wurde bei seinen Versuchen mit diesem Ofen bewusstlos aufgefunden) in energischer Weise vor diesen, von der Firma A. Nieske in Dresden gelieferten gefährlichen Oefen gewarnt worden. Trotzdem ist auch in neuerer Zeit eine ganze Reihe von Unglücksfällen, veranlasst durch Carbon-Natron-Oefen bekannt geworden.

Die genannte Dresdener Firma bringt eine ganze Reihe von Carbon-Heizvorrichtungen in den Handel, Oefen verschiedenster Grösse, ferner »Koch- und Bratöfen«, »Zugtödter für Doppelfenster«, »Carbonnatron-Plätt- und Bügeleisen«, »Badeöfen ohne Schornstein« u. s. w. Allen gemeinsam ist die Verwendung des »Carbon«, einer Buchenholz-Presskohle, die mit etwas Salpeter imprägnirt ist und, angezündet, ohne Erzeugung von Rauch und stark riechenden Gasen fortglimmt. Dass bei diesen unvollkommenen Verbrennungen je nach Umständen mehr oder weniger des geruchlosen, giftigen Kohlenoxyds entsteht, ist selbstverständlich. Die Firma giebt zwar für Aufstellung der Oefen in geschlossenen Räumen einen Gummischlauch bei, der zu einer Oeffnung im Fenster geleitet und durch den die Heizgase entfernt werden sollen. P. konnte aber leicht nachweisen, dass durch diesen Schlauch überhaupt kein Abzug von Verbrennungsgasen stattfindet; und wenn ein solcher stattfinden sollte, so könnte er jedenfalls nur höchst geringfügig sein.

Es wurde nun eine grössere Zahl von Versuchen mit einem Carbon-Natron-Ofen in geschlossenem Raume ausgeführt, die folgende für diese Heizvorrichtung vernichtende Resultate lieferten:

1) Die Carbon-Natron-Oefen entwickeln soviel Kohlenoxyd, dass man in geschlossenen Räumen von einer Grösse bis zu 100 cbm in dem ganzen Raum das giftige Gas nachzuweisen im Stande ist.

2) In der Nähe des Ofens, sowie von der Kopfhöhe aufwärts im ganzen Raume ist das Kohlenoxyd in solcher Concentration vorhanden, dass es binnen wenigen Stunden Mäuse zu tödten im Stande ist.

3) Die Anbringung eines Gummischlauches in der Absicht, die Verbrennungsgase nach Aussen zu leiten, ist bei der unzweckmässigen Construction des Ofens ohne jeden Einfluss auf die unter 1. und 2. erwähnten Thatsachen.

4) Die Heizvorrichtung muss daher, als eine das Leben und die Gesundheit in hohem Grade gefährdende, unbedingt verworfen werden.

II. Medicin.

Zum Nachweis der Tuberkelbacillen. Von Dr. Bliesener. (Deutsche militärärztliche Zeitung, Sept. 1889). Die Zahl der Methoden, welche zum Nachweise der Tuberkelbacillen dienen, ist eine sehr grosse. An Stelle der ursprünglichen Färbung auf kaltem Wege, die ein längeres Verweilen der Präparate in der Lösung erforderte, traten sehr bald Färbungen in heissen Lösungen; zur Vermittelung der Annahme der Farbe seitens der Bacillen dienten mannichfache Körper, unter denen Anilinöl und Carbolsäure die bekanntesten sind. Die Farben selbst waren bald violett, bald blau und roth. Die Entfärbung geschah bald mit Alkohol, bald mit den verschiedensten Säuren, namentlich Salpetersäure, bald mit einem aus beiden zusammen gesetzten Verfahren. Zur Kontrastirung bediente man sich der braunen, rothen, blauen oder grünen alkalischen oder sauren Anilinfarben. Die Entfärbung und Kontrastirung wurde bald in einem Akt, bald in zwei Akten ausgeführt; ja Einzelne fixirten das Präparat nicht mehr auf dem Deckgläschen, sondern auf dem Objektträger u. s. w., sodass die geübten Verfahrungsarten ausserordentlich zahlreich waren.

Am meisten ist wohl gegenwärtig die Färbung mit Ziehl-Neelsen'scher Carbolfuchsinlösung in Gebrauch, mit nachfolgender Entfärbung durch verdünnte Salpetersäure (20%), verdünnten Alkohol (70%) und Kontrastirung mit wässriger Methylenblau-, oder Malachitgrünlösung, bezw. Entfärbung mit 5% wässriger Schwefelsäurelösung und folgender Kontrastirung mit Methylenblau.

Allen diesen Methoden haften nun gewisse Mängel an; am leichtesten gelingt die Färbung mit der Tuberkelbacillenfarbe; aber schon bei der Entfärbung stösst man auf Schwierigkeiten; oft ist die Entfärbung nicht stark genug, sodass das Präparat nach der Contrastirung eine Mischfarbe annimmt; häufiger aber ist die Entfärbung zu stark, so dass ein grosser Theil der Tuberkelbacillen ganz entfärbt wird, andere sehr schwach gefärbt erscheinen, und das mikroskopische Bild ein unwahres wird; oder es wirkt die basische Contrastfarbe zu stark, sodass eine gewisse Zahl von Tuberkelbacillen verdeckt wird. In der That sind die Anforderungen, die man an eine gute Methode der Tuberkelbacillenfärbung stellen muss, ziemlich weitgehende. Zunächst sollen die Tuberkelbacillen, aber auch nur diese, eine deutliche, möglichst ihre ganze Dicke durchdringende Färbung zeigen, die mit aller Entschiedenheit von der Contrastfarbe absticht; ferner dürfen durch die Entfärbung des Präparates Tuberkelbacillen nicht entfärbt sein, sodass das Präparat ein möglichst wahrheitsgetreues Bild giebt; die Contrastfarbe soll nicht zu intensiv sein, damit sie nicht Theile des Präparates undurchsichtig macht, und Tuberkel-

bacillen dadurch der Beobachtung entzieht; andererseits aber sollen auch möglichst alle Theile ausser den Tuberkelbacillen die Contrastfarbe angenommen haben. Das Verfahren soll sicher und so einfach wie möglich sein, am besten nur aus zwei Akten bestehen, von denen der eine die Färbung, der andere die Entfärbung und Contrastirung umfasst; es soll schnell ausführbar, leicht von Ungeübten zu erlernen sein, und zu diesem Zweck die Aufstellung ganz genauer Vorschriften gestatten, welche einen möglichst geringen Spielraum gewähren.

Die bisher ausgiebigste Erfüllung dieser Forderungen hat B. bei einem Verfahren gefunden, bei dem die Färbung nach Ziel-Neelsen, die Entfärbung und Contrastirung in einem Akt nach Gabbet geschieht.

Nachdem in bekannter Weise ein verdächtiges Theilchen des Auswurfes auf einem Deckgläschen ausgebreitet und mit einer flachen Präparirnadel durch längeres Reiben, das fast bis zur Eintrocknung fortzusetzen ist, gleichmässig dünn vertheilt, und das Präparat lufttrocken geworden ist, zieht man es im Sekundentempo dreimal durch eine mässig hoch brennende Spirituslampe oder die Flamme eines Gasbrenners, der Längsrichtung der Flamme folgend, und legt nun das Deckgläschen, Präparatseite nach oben, auf ein Stückchen Blech, von etwa 5 bis 6 cm im Quadrat, welches sich wagerecht an einem 15 bis 20 cm hohen Stativ befestigt findet.*) Nun bringt man mit einer Pipette auf das Präparat 5—6 Tropfen der Ziehl-Neelsen'schen Carbolfuchsinlösung, die nach folgender Vorschrift bereitet ist: Rp. Fuchsini 1,0, Alcohol. absol. 10,0, Acid. carbol. 5,0, Aqu. destill. 95,0. (Nicht zu filtriren.)

Hierauf erwärmt man das Stückchen Blech unter dem Präparat mit der Flamme so lange, bis in der Carbolfuchsinlösung die ersten Blasen aufsteigen, entfernt dann die Flamme und wartet etwa eine Minute. Beginnt durch die Hitze die Farblösung einzutrocknen, was zu vermeiden ist, so ersetzt man sie durch einige weitere Tropfen, wobei im Interesse der Sauberkeit des Präparates darauf zu achten, dass nie das Blech benetzt wird. Nun wird das Präparat in Wasser abgespült und in ein Schälchen geworfen, welches 10 bis 20 Tropfen folgender Lösung enthält: Rp. Methylenblau 1,5, Aqu. dest. 100,0, Acid. sulfur. 25,0.**)

Das Präparat muss, die Präparatseite nach unten, auf der Lösung schwimmen und bleibt so 50 Sekunden liegen. Hierauf wird es abgespült, in Wasser auf den Objektträger gebracht und mit einem Oelimmersionssystem und Abbe'schem Be-

*) In Ermangelung eines solchen Stativs genügt ein Erhitzen in einiger Höhe über der Flamme.

**) Beide Farblösungen halten sich mehrere Monate hindurch gebrauchsfähig.

leuchtungsapparat untersucht. Die etwa vorhandenen Tuberkelbacillen sind intensiv roth, die übrigen Theile des Präparates schwach blau gefärbt.

Das Verfahren ist sicher und leistet an Einfachheit wohl Alles, was man billigerweise verlangen kann. Ausserordentlich selten beobachtet man in der Entfärbung begriffene Tuberkelbacillen und dies nur, wenn man die Methylenblaulösung länger als eine Minute einwirken lässt. Was die Zahl der zu Gesicht gebrachten Tuberkelbacillen anlangt, so habe ich nach einer Reihe von vergleichenden Versuchen den Eindruck gewonnen, als wenn bei dem geschilderten Verfahren die Zahl der sichtbar gemachten Tuberkelbacillen grösser wäre, als bei der Entfärbung mit den übrigen üblichen Entfärbungs- und Kontrastirungsmethoden.

Es empfiehlt sich nun, sich bei der Untersuchung eines Auswurfes nicht mit einem Präparat zu begnügen, wenn der Befund negativ ist. Wiederholt hat B. bei negativem Befund des 1. in dem 2. oder 3. Präparat, anderen Stellen des Auswurfes entnommen, Tuberkelbacillen in nicht unbeträchtlicher Zahl nachweisen können.

Besteht auf Grund der physikalischen Symptome, des Verlaufes und eventuell der Familienanlage ein dringender Verdacht auf Tuberkulose und bleibt die Untersuchung des Sputums auf die geschilderte Art wegen der Spärlichkeit der Tuberkelbacillen ohne positives Resultat, so hat B. in einigen Fällen von dem Biedert'schen Einengungsverfahren noch Vortheil gesehen. Biedert verdünnt 1 Esslöffel Sputum mit 2 Esslöffeln Wasser, setzt 7—8, ausnahmsweise bis 15 Tropfen Natronlauge zu und kocht bis zur Verflüssigung. Nach Zusatz von abermals 4 Esslöffeln Wasser wird weiter gekocht, bis eine gleichmässige Flüssigkeit entsteht, in der nur noch einzelne Partikelchen schwimmen. Ist nach dem Erkalten die Masse noch nicht ganz dünnflüssig, so werden weitere 3 bis 6 Esslöffel zugesetzt. Hierauf lässt man in einem Spitzglas sedimentiren und untersucht möglichst nach 24 bis höchstens 48 Stunden den Bodensatz auf Tuberkelbacillen in der geschilderten Weise. Blieb das alkalisch gemachte Sputum länger stehen, so nahm die Zahl der nachweisbaren Tuberkelbacillen ab.

Nach den von B. gemachten Erfahrungen kann in dem Biedert'schen Verfahren eine unter Umständen werthvolle Bereicherung der Tuberkelbacillen-Untersuchung erblickt werden. Mit dem geschilderten Gange der Untersuchung dürfte Alles erreicht werden, was zur Zeit in Betreff des Nachweises der Tuberkelbacillen erreichbar ist.

Die Arzneimittel gegen Asthma. Die sämmtlichen für die Behandlung des Asthma in Betracht kommenden Arzneimittel theilt N. S. Davis (Journ. of the Americ. med. Assoc.

— Ther. Monatsh. Oct.) je nach der Wirkungsweise in 3 Gruppen. Die erste umfasst alle diejenigen Medicamente, welche die peripherische Reizbarkeit der Schleimhaut mildern. Am besten bewähren sich hier 5—10% Cocaïnlösungen, auch Cocaïninsufflationen oder Cocaïnsalben (letztere am wenigsten wirksam). Weiterhin kommt Morphin in Betracht, welches er allein oder combinirt mit Cocaïn (4% Cocaïn + 2% Morphinlösung anzuwenden pflegt. Ist die Reizung der Schleimhaut durch Geschwülste der Nasenschleimhaut veranlasst, so sind diese zu entfernen. Handelt es sich um Herzfehler, so ist durch Verabreichung der Digitalis der Druck im Gefässsystem zu steigern und so die Beseitigung der venösen Hyperämie der Bronchialschleimhaut, durch welche der spastische Reizzustand der Bronchien veranlasst wird, zu beseitigen. Ist der Reizzustand wesentlich durch Reflexaction veranlasst, so ist durch Application von Chloralhydrat, Aether, Chloroform, sowie durch Bromsalze die Reflexerregbarkeit herabzusetzen. Von den angeführten Medicamenten hat sich das Chloralhydrat am besten bewährt, welches zweckmässiger in wenigen grossen (z. B. 2 Dosen à 1,0 bis 1,5 Grm.), als in häufigen kleinen Gaben applicirt wird. Handelt es sich um gleichzeitige Bronchitis, so empfiehlt D. folgende Composition:

Rp.	Chlorali hydrat	15,0
	Ammon. mur.	10,0
	Morph. mur.	0,2
	Stib. sulph. aurant.	0,15
	Extract. Grindel. robust	45,0—60,0
	Aquae dest. ad.	120,0

3—6stündl. 1 Theelöffel in heissem Wasser zu nehmen. Aehnlich wirken die Brome, welche vorzugsweise die peripheren Nervenendigungen abstumpfen. Auch hier giebt man zweckmässig grosse Dosen von 1,5—2 Grm. Von anderen Droguen, die sich erfahrungsgemäss bei gewissen Affectionen als sehr wirksam erwiesen haben, kennen wir den Mechanismus der Wirkung nicht genau, obwohl wahrscheinlich bei einigen unter ihnen, wie bei der Grindelia robusta, den wirksamen Bestandtheilen des Tabaks, dem Quebracho, der Lobelia inflata etc., es sich um eine dem Chloralhydrat analoge Wirkungsweise handelt. Von letzteren wendet D. ein Extract an, von dem er 2 — 4 Ccm. 2 — 3stündlich zu reichen pflegt. Die Application eines Tabakextractes eignet sich vorzugsweise in milden Fällen, dort zumal, wo es sich um Personen handelt, die an Genuss desselben nicht gewöhnt sind. Die Quebracho und Grindelia wirken wahrscheinlich vorzugsweise durch Lähmung des Athmungscentrums. — Die dritte Gruppe der anzuwendenden Arzneimittel wirkt auf die vasomotorischen Centren, und zwar vasodilatatorisch. Zu ihnen gehören die Nitrite, sowie das Nitroglycerin. Letzteres besitzt leider die

unangenehme Nebenwirkung, Kopfschmerzen zu erregen, und muss deshalb nicht selten ausgesetzt werden. Angenehmer wirkt das Natrium nitrosum in Dosen von 0,03. Die Wirkung zeigt sich bei dieser Verbindung schon 10 Minuten nach dem Beginn der Application. Aehnlich wie die Nitrite bewirken Atropin, Strammonium und Hyoscyamus eine deutliche Relaxation der Bronchiolen, sowie Herabsetzung der Hyperästhesie der peripherischen Nervenendigungen der Bronchialschleimhaut. Zuweilen haben sie untereinander oder auch mit Chloralhydrat combinirt D. ausgezeichnete Dienste geleistet. Besonders bewährte sich folgende Formel:

Rp.	Chloral. hydrat.	20,0
	Natr. nitros.	3,0
	Tinctur. Strammon.	10,0
	Syr.	60,0

S. 4stündl. 1 Theelöffel in einem Glase Wasser.

In denjenigen Fällen, in welchen das Asthma auf psychische Eindrücke (Schreck, Idiosyncrasie gegen gewisse Gerüche etc.), sowie auf Urämie zurückzuführen ist, hat man das Grundleiden zu bekämpfen.

III. Chirurgie-, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber Entstehung und Behandlung der Luxation beider Vorderarm-Knochen nach Hinten. In den beiden letzten Jahren wurden auf der chirurgischen Klinik zu Strassburg vier Fälle von veralteter Luxation beider Vorderarm-Knochen nach Hinten mit gleichzeitiger Fractur des Epicondylus externus des Humerus beobachtet. Die Bruch-Linie lief dabei schräg oder fast quer über die hintere Fläche des Epicondylus externus bis zur äusseren Seite der Trochlea. Von den betreffenden vier Verletzten hatten drei das Knochen-Wachsthum noch nicht vollendet und nur ein Mal handelte es sich um eine Frau von 33 Jahren. Eine indirecte Gewalt-Anwendung hatte bei 3 Statt gefunden, der Arm war beim Fallen weit ausgestreckt, vom Brust-Korbe abgewendet, die Hand pronirt und dann in Dorsalflexion gedrängt worden und erfolgte eine Ueberstreckung im Ellbogen-Gelenke. In 1 Falle wirkte noch eine direkte Gewalt auf den Ellbogen ein. Immer war das Ergebniss, dass der Ellbogen in fast gestrecktem Winkel festgestellt war bei fast völliger Aufhebung der Bewegungen. Wenn man nun an der Leiche eine gewaltsame Ueberstreckung des Vorderarmes und gleichzeitige Pronation der Hand bewirkt, so sieht man nach Roser's Vorgange, wie unter Krachen ein Theil der Gelenk-Bänder und der Fasern des Musc. brachialis int. zerreisst. Fügt man der gewaltsamen Hyperextension noch eine Abduction des Vorder-

armes zu, während gleichzeitig der Oberarm nach dem Brust-Korbe zu adducirt wird, und macht man dann eine Flexions-Bewegung des Vorderarmes, so erzielt man, wie es F. Fischer gelungen ist, bei muskelstarken Leichen von 20 — 40 Jahren und bei Kinder-Leichen von 9 — 15 Jahren stets eine complete Luxation beider Vorderarm-Knochen nach Hinten und gleichzeitig eine Fractur des Epicondylus ext. humeri, bei Leichen von älteren Personen (über 55 Jahre) dagegen Querbrüche oberhalb der Condylen des Humerus, häufig noch mit T- oder Y-Brüchen der Condylen selbst. In den ersteren Fällen fand sich in Uebereinstimmung mit den Beobachtungen am Lebenden das abgebrochene Stück des Epicondylus beziehungsweise die Eminentia capitata vor dem luxirten Radius-Köpfchen nach der Streckseite des Gelenkes um einen Winkel von 90° gedreht. Fischer erklärt sich diese Fractur durch »Abdrücken« oder »Abquetschen« (Schüller) an dem bereits luxirten Ellbogen entstanden und nicht umgekehrt, da man an einem Ellbogen mit Bruch des Epicondylus ext. humeri an der Leiche nie eine Luxation nach Hinten, sondern nur eine Solche nach Aussen erzeugen kann. Ist nun schon die Reduction der vorliegenden Verletzung im frischen Zustande schwierig — Fischer empfiehlt hier statt der Roser'schen Hyperextension Zug an dem rechtwinkelig gebeugten Vorderarme bei stark supinirter Hand, während das Radius-Köpfchen von der Streckseite des Gelenkes aus durch das abgebrochene Stück des Epicondylus externus von der Beugeseite aus durch directen Druck reponirt wird — so bleibt für die veralteten Fälle nur eine operative Intervention übrig. In den vier Beobachtungen auf der Strassburger Klinik reichte aber die temporäre Resection des Olekranon nach Völker und Trendelenburg nicht aus; es musste vielmehr jedes Mal eine wirkliche, wenn gleich theilweise, das Olekranon und ein kleines Stück Radius betreffende Resection vorgenommen werden. Das functionelle Ergebniss derselben war jedes Mal sehr befriedigend.

(Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. XXIX.)

Ueber die Schlitzung der Mandeln. Von Dr. Moriz Schmidt (Frankfurt a. M.) Das Verfahren besteht darin, dass man mit einem Schielhäkchen in die Lacunen der Mandeln eingeht und die mediale Wand der Lacune mittelst des Hakens einreisst, indem man zuerst das stumpfe Ende unten durchdrückt und dann mit einem raschen Ruck die gebildete Brücke durchreisst. — Meistens geht dies sehr leicht; wenn die Substanz der Mandel etwas mehr Widerstand bietet, so schlüpft Sch. die Oese des Czermak'schen Gaumenhalters, den er fast ausschliesslich als Zungenspatel benutzt, über den Stiel des Häkchens, fixirt mit der Oese die Mandeln nach hinten

und reisst dann die Brücke durch. Am besten fängt man unten an, geht dann aufwärts, darf aber nie das oberste, in der Nische zwischen den zwei Gaumenbögen versteckte Ende der Mandel vergessen, in welchem sehr häufig die Ursache der Beschwerden sitzt, wegen deren man die Schlitzung vornimmt. Um in diesen obersten Theil zu kommen, muss man die Spitze des Hakens nach oben wenden, und reisst man dann natürlich nach oben durch, während man sonst nach unten durchreisst.

In diesen Lacunen der Tonsillen, besonders im obersten Ende der Mandel, sitzen nämlich oft unglaublich viele Secretpfröpfe, in welche durch den Einfluss der Leptothrix mehr oder weniger bedeutende Kalkablagerungen stattgefunden haben. Durch dieselben wird 1. ein chronischer Reizzustand des Tonsillargewebes unterhalten, der dieses entzündlichen Processen und Infectionen zugänglicher macht, z. B. Diphtherie, Angina phlegmonosa u. s. w.; 2. werden durch diese kleinen Entzündungen in der Mandel mannigfache krankhafte Gefühle und Reflexe ausgelöst.

Das Operationsverfahren wurde zuerst von Dr. v. Hoffmann*) in der Ophthalmologischen Gesellschaft zu Heidelberg im Jahre 1884 mitgetheilt. Er empfahl dasselbe besonders bei chronischen Reizzuständen der Conjunctiva und bei Asthenopie der Kinder, sowie zum Schutz gegen die mancherlei Injectionsträger, welche in der Tiefe der Lacunen einen günstigen Brütofen besitzen, indem es die Masse der Mandel fester, narbig macht, die Lacunen in offene Rinnen verwandelt, welche bei jedem Schluckact ausgewischt werden. Bei zwei Mädchen, welche bis dahin grosse Disposition zu diphtherischen Erkrankungen zeigten, will v. Hoffmann durch dieses Verfahren diese Disposition beseitigt haben, so dass beide nacher Diphtheriekranke längere Zeit pflegten, ohne sich anzustecken. Auch hat er versucht, die Operation mittelst eines an der Concavität schneidenden Häkchens zu machen, wovon er aber wieder abgekommen ist, weil die geschnittenen Flächen zu schnell wieder verheilen. Früher hat Schmidt, wie viele Andere, derartige Fälle oft mit der galvanocaustischen Methode behandelt, indem er in die einzelnen Lacunen einging und sie zu zerstören suchte, ein Verfahren, das bekanntlich Krishaber als Ingnipunctur beschrieben hat. Uebrigens kommt man mit dem dünneren, stumpfen Schielhäkchen besser bis auf den Grund der Lacunen, da diese oft gebogen verlaufen und bisweilen sehr tief sind.

Die Operation hat also den Zweck, die Lacunen in offene Rinnen zu verwandeln, die durch jeden Schluckact gereinigt werden. v. Hoffmann schlägt deshalb auch vor, einige Tage nach der Schlitzung die klappenförmigen Lappen, wenn

*) cnf. diese Zeitschrift 1887. 5.

nöthig, mit der Cowper'schen Scheere und einer Pincette abzutragen, ebenso den vorderen Gaumenbogen theilweise herauszuschneiden, wenn er, wie nicht ganz selten, Lacunenöffnungen verdeckt, sodass der Inhalt nicht heraus kann. Das Verfahren an sich ist, namentlich bei den weichen Mandeln der Kinder, fast nicht schmerzhaft, abgesehen davon, dass man bei besonders empfindlichen Leuten vorher Cocain einpinseln kann. Nachher reibt Schmidt etwas Sozojodolzink, 1 auf 5 Talk, mittelst eines Wattebäuschchens ein und lässt einige Tage hindurch ein desinficirendes Gurgelwasser gebrauchen. Die Folgen der kleinen Operation bestehen meist nur in zweitägigem leichten Schluckweh, das rasch verschwindet. Nach 8—14 Tagen wiederholt man dann die Schlitzung, wenn nöthig.

(Aus den Verhandlungen der Naturforscher-Versammlung zu Heidelberg 1889.)

Die Behandlung kleiner cystischer Geschwülste mit Chlorzinkeinspritzungen. Von A. Landerer (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 29. Bd., 5. u. 6. H.) Die Behandlung kleiner cystischer Geschwülstchen, wie Ganglien, Hygrome, Ranula und ähnliche, ist für den Chirurgen oft unangenehmer als die grosser Tumoren. Arzt und Patient entschliessen sich oft nicht leicht zur Exstirpation. Der Arzt nicht, weil trotz der Eystirpation z. B. Ganglien, Ranula oft genug wiederkehren, der Patient nicht wegen der oft entstellenden Narben. Bei Frauen, bei denen die Ganglien auf dem Handrücken mit besonderer Vorliebe vorkommen, ist der Tausch zwischen der kleinen Geschwulst und einer Narbe über dem Handgelenke ein ziemlich problematischer und eine Narbe am Knie genirt das Dienstmädchen nicht weniger als ein Hygrom. Deshalb hat man schon vielfach versucht, die Exstirpation dieser Geschwülste zu umgehen und durch ein Injectionsverfahren zu ersetzen. Und zwar wurden neben anderen Injektionsflüssigkeiten hauptsächlich Jodtinktur, konzentrirte Karbolsäure und Alkohol verwendet. Bei manchmaligem Erfolge tritt trotz mehrfacher Wiederholung der Einspritzungen in einer grösseren Anzahl der Fälle Rezidive auf.

Landerer verwendet nun seit einem Jahre eine 1 proc. Chlorzinklösung, von der er je nach der Grösse der Geschwulst 0,2—1,5 CC. einspritzt. Gelegentlich ist auch eine Wiederholung der Injektion nothwendig, wenn man zu wenig von der Flüssigkeit injizirt hat. Der Schmerz ist sehr gering, die Cyste wird zunächst hart, es tritt ein leichtes Oedem der Umgebung auf, welches sich nach einigen Tagen wieder verliert, und im Verlaufe von 4 bis 5 Wochen schrumpft und schwindet die Cyste gänzlich.

L. hat mit dieser Methode 5 Ganglien auf dem Handrücken, 3 Fälle von Hygroma praepatellare, 6 accessorische

Schleimbeutel und je 1 Ranula und 1 Hydrocele bei einem Kinde meist nach einer Injektion zur Heilung gebracht und hält dieses Verfahren als das bequemste, sicherste und reizloseste von den Injektionsverfahren.

Die Neisser'sche Gonorrhöebehandlung schildert Friedheim (Arch. f. Dermat. und Syph. XXI. 4. H.) wie folgt: Wir beginnen die Behandlung jeder acuten Gonorrhöe sofort — mit Injectionen von Arg. nitr. in einer Concentration von 1 : 4000 bis höchstens 1 : 2000. Wir wählen immer das Argentum, weil es trotz aller Versuche ein besseres Mittel zu finden, den ersten Platz auch dem Sublimat gegenüber zweifellos behauptet hat. In den ersten Tagen wird der Ausfluss meist reichlicher, dicker und eitriger; sehr bald jedoch, gewöhnlich schon nach 4 Tagen, vermindert sich das Secret, wird dünner, weisslicher, epithelialer. Die Gonococcen nehmen in auffallender Weise ab und können schon nach wenigen Tagen im Secret verschwinden. Die vier- bis sechsmal pro die gemachten Injectionen können nur an Zahl vermindert werden, erst auf zwei, sodann auf eine pro Tag; für die ausfallenden Argentuminjectionen werden nun antiphlogistisch, adstringirend und desquamativ wirkende Mittel herangezogen; Borsäure, Zinkpräparate, schwache Lösungen von essigsaurer Thonerde. So tritt fast vollständiges Aufhören des Secretes ein; trotzdem lassen wir die Argentuminjectionen, wenn auch nur einmal pro Tag, noch viele Wochen hindurch anwenden. Die hygienisch-diätetischen Vorschriften — Anfangs nach Möglichkeit durchgeführt — werden noch während der Fortsetzung der Argentumbehandlung bei Seite gelassen, um die durch ihre Vernachlässigung eventuell gesetzten Schädlichkeiten noch während der Zeit der Behandlung einwirken zu lassen. Dass die Injectionen nur zur Behandlung der Gonorrhöe, der Pars anterior verwendet werden, bedarf hier wohl keiner besonderen Erwähnung. Es ist selbstverständlich, dass es Fälle gibt, bei welchen wegen zu starker Empfindlichkeit selbst ganz schwache Injectionen unmöglich sind; namentlich betrifft das Patienten, welche schon häufig an Blasenhalskatarrhen — bei früheren Gonorrhöen — gelitten haben. Auch sonst zufällige Complicationen können die Anwendung der Argentumlösung erschweren. In solchen Fällen helfen wir uns entweder, indem wir die Zahl und Concentration der Argentuminjectionen herabsetzen, da ja Lösungen von 0,1 : 500,0 selbst noch beträchtliches antiparasitäres Vermögen besitzen, oder indem wir unmittelbar vor oder nach den Argentuminjectionen (vorzugsweise warme) Borsäure- und Antipyrininjectionen einfügen. Sitz- und Vollbäder und Suppositorien können ebenfalls unterstützend wirken. Sollte trotz dieser Modification und Hülfsmittel das Arg. nitr. nicht vertragen werden (auch in er-

wärmten Injectionen nicht), dann treten Hydrarg. salicyl., Natr. chloroboros. und Thallin, zeitweise nicht ohne Erfolg für dasselbe ein. Erst wenn in wirklich recht seltenen Fällen keinerlei antibacterielle Injection mit keinerlei Hülfsmittel und in keinerlei Modification, selbst nicht in Form von Irrigationen der Urethra ant. vertragen werden, nehmen wir unsere Zuflucht zu dem Gebrauch der inneren Mittel, welchen wir höchstens den Werth einer Unterstützung der antibacteriellen Injectionstherapie beimessen. Von einer Beeinflussung der Gonococcen war trotz vielfacher Verwendung der Balsamica, der Cubeben, des Terpentin- und Gaultheriaöls, des Ol. Santal., von Cava-Cava, von Ichthyol und Creolin u. s. f. nur beim Gebrauch des Bals. copaiv. in grossen Dosen die Rede, der ohne gleichzeitige Injectionsbehandlung eine Reihe von günstigen Resultaten gab. In vierzehn unter vierzig Fällen trat eine deutliche Einwirkung auf die Gonococcen hervor; die geringste Gabe, nach der sie sich zeigte, war eine solche von sechzehn Kapseln à 0,6, die zu acht pro die innerhalb zweier Tage gegeben worden war; die nächste betrug zwanzig in zwei Tagen, also zehn pro die. Aber in anderen Fällen ergab selbst die Steigerung der Dosis bis zu zwölf Stück pro die — im Ganzen bis zu 200 — negative Resultate. Eine Veränderung der Secretion findet stets übereinstimmend und prompt ohne Reizerscheinungen statt. Purulenz und Menge des Secrets nimmt nach mehrtägigem reichlichen Gebrauch stets, aber, wie wiederholt werden muss, meist ohne entsprechende Beseitigung des Krankheitserregers. Es kommen auf diese Weise ähnlich wie bei den adstringirenden Injectionen Täuschungen nur gar zu leicht zu Stande, die den weiteren Krankheitsverlauf in sehr fataler Weise beeinflussen. Rechnen wir dazu noch die oft trotz aller Vorsicht, Diät etc. nicht zu vermeidenden Magen- und Darmerscheinungen und die wenn auch seltener auftretenden Hauteruptionen, so bleibt unserer Ansicht nach für die Empfehlung des Mittels nicht viel Positives übrig; immerhin wird man in Fällen, wo eine locale antiparasitäre Behandlung absolut undurchführbar ist, mit Rücksicht auf die oben erwähnten Erfolge von dem Copaivbalsam Gebrauch machen müssen. Alles das hingegen, was wir nach Gebrauch von Cubeben, Terpentin, Gaultheriaöl, Ichthyol, Creolin und Sandelöl, das schon 1879 und 1880 von Professor Neisser viel versucht worden ist, gesehen haben, alles dies war in Bezug auf die Secretion unwesentlich, uncharakteristisch und inconstant, in Bezug auf die Gonococcen gleich Null. Dass anderseits Kal. chlor., Fol. uv. urs., Natr. salicyl., Antipyrin und andere Mittel bei Behandlung von Blasenhalsreizung u. s. f. sich auszeichnend bewähren, bedarf kaum der Bestätigung. Aus denselben Gründen, aus denen wir sofort nach Beginn der Erkrankung allerdings mit antiparasitären Injectionen die Be-

handlung der acuten Gonorrhöe beginnen, setzen wir dieselbe in unveränderter Weise auch nach dem Eintritt von Complicationen speciell der Epididymitis, im Gegensatz zu der bisher geübten Praxis fort.

(Prag. med. Wochenschr.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Zur Theorie und Behandlung der Rachitis. Dr. Kassowitz, der in diesem Capitel sich vielfache Verdienste erworben, veröffentlicht in einer Folge von Artikeln in der »Wiener med. Wochenschr.« Nr. 28 u. ff. interessante Mittheilungen:

Es ist auffallend, dass man in der Medicin mit alten Anschauungen, die durch neuere Forschungen direct widerlegt sind, nicht so rasch brechen kann. So wird auch heute noch die veraltete Anschauung über die Aetiologie der Rachitis immer wiederholt, obschon die mikroskopische Untersuchung deren Haltlosigkeit erwiesen. Noch mehr — es werden sogar gleichzeitig drei verschiedene Theorien durch den medicinischen Unterricht propagirt.

Die eine Theorie führt die rachitische Knochenerweichung auf einen Kalkmangel in der Nahrung des Kindes zurück, während die andere eine genügende Kalkmenge in der Nahrung annimmt, aber an eine mangelhafte Resorption in Folge von fehlerhafter Verdauung glaubt. Die dritte Hypothese supponirt sogar die Bildung einer überschüssigen oder abnormen Säure im Verdauungscanal der Rachitischen, die durch das alkalische Blut hindurch zu den Knochen gelangt und daselbst die Präcipitation der Salze verhindert, oder die bereits abgelagerten Salze wieder auflöst. Alle diese Anschauungen stimmen trotz der Divergenz in dem einen Punkte überein, dass die der Rachitis zu Grunde liegende Kalkarmuth des Knochens die Folge einer Ernährungsstörung sei.

Zur Zeit der Entstehung dieser Theorien waren unsere histologischen Kenntnisse über den wachsenden Knochen, sowie der Chemismus der Ernährung noch sehr mangelhaft. Heute sind wir uns der frappanten Aehnlichkeit der kalkarmen Osteophyten bei Entzündungsprocessen mit dem rachitischen Knochen bewusst. Wir wissen, dass bei gesteigerter Vascularisation des Perichondriums, des Periostes einestheils durch Knorpelwucherung ein kalkarmes Knochengewebe gebildet wird, und dass andererseits in der Nähe der neugebildeten Gefässe die bereits erhartete Knochensubstanz rareficirt wird. Die Ursache der Rachitis ist also zunächst in einer entzündlichen Hyperaemie der knochenbildenden Gewebe zu suchen, — nicht aber in dem Kalkmangel.

Ueber den Kalkgehalt der verschiedenen Nahrungsmittel aber wissen wir jetzt, dass sowohl die Muttermilch als alle anderen Ersatzmittel mehr als hinreichende Mengen Kalksalze enthalten, als zur Knochenbildung nothwendig ist; ja, dass gerade die Kuhmilch sehr kalkreich ist, was mit dem häufigen Auftreten der Rachitis bei künstlich ernährten Kindern nicht zu vereinbaren ist, so lange man an obiger Theorie festhält.

Mit der Säurebildung im Magen und Darmkanal steht es ähnlich. Es werden ja in der Norm Mengen von freier Salzsäure im Magen beim Verdauungsprocess gebildet — eine Säure, der exquisit entkalkende Fähigkeiten zukommen. — Früher betrachtete man die Milchsäurebildung im Darm des Säuglings als eine pathologische Erscheinung und suchte sie zu bekämpfen. Heute wissen wir, dass beim normal verdauenden Brustkinde die Milchsäure aus dem Zucker der Milch im Dünndarm durch einen besonderen Mikroorganismus gebildet wird. Ja wir müssen sogar glauben, dass diese specifische Pilzgährung unerlässlich ist, weil sonst saprophytische Bacterien die Oberhand bekämen und dyspeptische Erscheinungen verursachen würden. Die grüne Färbung der dyspeptischen Entleerung ist durch Alkalescenz, nicht durch die saure Beschaffenheit, wie man früher meinte, bedingt. Damit hat also auch die Säuretheorie durchaus allen Halt verloren.

Die alimentären Rachitistheorien haben sich auf die frühere Lehre gestützt, wonach die Krankheit entweder bei den künstlich ernährten Kindern auftritt, oder bei den Brustkindern zur Zeit der Delactation oder bald nachher. Es war also naheliegend, den Wechsel der Nahrung für die Rachitis zu beschuldigen. — Eines der wichtigsten und frühesten Symptome der Rachitis ist den Beobachtern aber entgangen: nämlich die Craniotabes. Das Mikroskop weist in den erweichten Knochenpartien des Hinterhauptes ganz dieselben Einschmelzungsprocesse nach, wie sie der Rachitis eigenthümlich sind. Jetzt wissen wir genau, dass Craniotabes in den ersten Lebensmonaten vorkommt, — ja nach den Untersuchungen von Kassowitz ist dargethan, dass Neugeborne in einem grossen Procentverhältniss (bis zu 80 %) mit Rachitis behaftet sind. Unruh spricht sich sogar dahin aus, dass Rachitis in den allermeisten Fällen eine congenitale Krankheit sei. — Wir sehen, dass die chemisch-alimentären Theorien auch hier wieder an Boden verlieren. Denn für die Annahme, dass der Foetus in utero zu wenig Kalksalze zugeführt bekomme, dafür existirt auch nicht einmal der Schein eines Beweises.

Kassowitz hat dagegen auf ein anderes Moment hingewiesen, das sich ihm im Laufe der Jahre aufdrängte. Es lässt sich nämlich in ziffermässiger Weise ein deutlicher Einfluss der Jahreszeit auf die Entwickelung der schweren Rachitis nachweisen; so dass die Anzahl der Erkrankungen wäh-

rend der Wintermonate gradatim ansteigt, im Mai oder Juni ihren höchsten Gipfel erreicht, von da an continuirlich abfällt, um im November oder December auf ihren niedrigsten Stand zu kommen. Dieses Verhältniss kehrt Jahr für Jahr mit unverrückbarer Gesetzmässigkeit wieder und ist ausser für Wien auch von anderen Autoren für die Städte München, Christiania und Kiel bestätigt. Die positiven Consequenzen, die alle Beobachter daraus ableiten, lassen sich kurz dahin formuliren, dass die Krankheit offenbar in jenen Monaten eine grössere in- und extensive Entwicklung erfährt, in denen die Kinder der armen Bevölkerungsklassen nahezu continuirlich in ihren räumlich beschränkten, dicht bewohnten und schlecht ventilirten Behausungen verleben, — während in den Sommermonaten schon durch den Genuss einer reinern Luft die Affection einer spontanen Besserung zugeführt wird. »Damit ist also den respiratorischen Schädlichkeiten, dem krankmachenden Einflusse einer verdorbenen Athemluft ein- für allemal eine dominirende Stellung in der Aetiologie der Rachitis gesichert.

Dem Erequenzverhältniss nach den einzelnen Monaten kommt übrigens auch eine negative Bedeutung für die alimentäre Hypothese zu. Die meisten Ernährungsstörungen, sogar solche mit endemischem Charakter, fallen in die Sommermonate Juli und August. Wenn also die Anomalien der Verdauung vorherrschenden Einfluss auf die Entstehung der Rachitis haben, so müsste ja in den folgenden Monaten in den Städten ein rapides Ansteigen der Rachitiserkrankungen zu verzeichnen sein. Aber gerade das Gegentheil ist der Fall; November und December weisen die kleinste Quote von Erkrankungen an Rachitis auf.

Damit soll keineswegs der Einfluss der Verdauungs- und Ernährungsstörungen auf die Rachitis geleugnet werden. Eine dauernd unzweckmässige Ernährung, chronische Diarrhöen können gerade wie andere Schädlichkeiten jenen entzündlichen Reizungszutand in den knochenbildenden Geweben, wenn nicht hervorrufen, so doch befördern und unterhalten. Jedenfalls aber muss die verbreitete Annahme energisch bekämpft werden, dass die Rachitis die Folge von kalkarmer Nahrung, oder von ungenügender Resorption des Kalks sei. Ebenso haben wir als anatomisches Substrat nicht bloss einen kalkarmen Knochen, sondern einen in Folge von Entzündungsprocessen stark vascularisirten, in Wucherung begriffenen Knochen.

K. betont, dass dieser anatomische Befund von Virchow, Rokitansky, Volkmann, Schütz u. A. bereits festgestellt wurde und dass die in einer neueren Arbeit von Pommer enthaltene Negirung dieses Befundes Niemanden veranlassen sollte, zur alten Theorie zurückzugreifen. Abgesehen von diesen histologischen Erkenntnissen konnte sich leider die klinische Untersuchungsmethode und die Diagnose dem

verderblichen Einfluss der irrthümlichen Anschauungen nicht völlig entziehen.

So ist die Annahme, dass ein an der Brust genährtes Kind mit normaler Verdauung und blühendem Aussehen unmöglich rachitisch sein könne, leider unter den Aerzten allzu verbreitet. Die nächtliche Unruhe, das Zusammenschrecken im Schlaf, eclamptische Anfälle werden sogar in laienhafter Weise auf den geduldigen Conto der Dentitionsbesschwerden geschrieben und erst, wenn nach einem halben Jahre auffallende Veränderungen am Knochensysteme sich zeigen, wird die Diagnose auf Rachitis gestellt. Nach dem heutigen Stande unserer Kenntniss und der so erfolgreichen Therapie ist es aber doppelt angezeigt und darf von jedem wissenschaftlich gebildeten Arzte verlangt werden, dass die Diagnose der Rachitis frühzeitig gestellt wird. Da geben gerade die Ossificationsverhältnisse des Schädels, die Beschaffenheit der Nähte und die Resistenz der knöchernen Theile sichere Anhaltspunkte, die zu prüfen bei jedem Kinde in den ersten Lebensjahren ohne Ansehen des Standes der Hausarzt nicht unterlassen sollte.

Wenden wir uns nun zur Therapie. Die Anhänger der Theorie des »Kalkhungers« verordneten selbstverständlich Kalksalze in verschiedenster Form. Obschon niemals befriedigende Resultate damit erzielt wurden, stehen die Aerzte heute noch unter dem Banne dieser Therapie. Ja sogar die Kuhmilch, die fünfmal soviel Kalksalze enthält, wie die Muttermilch, bekommt noch ein Kalkpräparat beigemengt. Ausserdem werden alle Amylacea strenge untersagt, in der fixen Idee, sie enthalten zu wenig Kalk und der Zucker könnte sich in die gefürchtete Milchsäure umwandeln! Statt dessen sollen die Kinder Fleischkost bekommen, die ihnen stets Verdauungsstörungen verursacht, während gerade die Amylacea am Ende des Säuglingsalters die beste Ergänzung der Milchnahrung bieten.

Von den sonstigen gemeinhin üblichen Verordnungen ist das Eisen, Leberthran und Salzbäder zu nennen. K. hat trotz monatelanger Beobachtung von Eisen keinen Erfolg gesehen. Abgesehen davon zeigt ein grosser Theil der Kinder ein blühendes Aussehen trotz schwerer Rachitis, und es dürfte daher unnöthig sein, den normalen Blutkörperchen ein Plus an Eisen aufzwingen zu wollen.

Aehnlich verhält es sich mit dem Leberthran. Die Kinder sind gewöhnlich gut ernährt. Nur in den Fällen, wo dies nicht der Fall ist, dürfte Leberthran indicirt erscheinen, doch muss man sich dabei klar bleiben, dass der Knochenprocess dadurch nicht beeinflusst wird. Freilich bei Entziehung der Amylacea und Ersatz derselben durch Eiweisskost hat die Verabreichung von Leberthran einen Sinn, indem er für die vor-

enthaltenen stickstofffreien Nahrungsmittel gewissermassen einen Ersatz bietet.

Die beliebten Salzbäder bewirken freilich nicht selten bei schlaffen languiden, an Appetitlosigkeit leidenden Kindern eine wohlthuende Veränderung. Doch ist diese Wirkung eine rasch vorübergehende und vermag, wie genaue Aufzeichnungen von Kassowitz zeigen, den rachitischen Process selbst nicht zu beeinflussen.

Ganz anders steht es mit den Erfolgen der Salzbäder am Meeresstrande oder im Gebirge. Hier beobachtet man häufig in kurzer Zeit auffallende Besserung — vor Allem bei Kindern, die bis dahin in ärmlichen und schlechten hygienischen Verhältnissen, in ungesunden Proletarierwohnungen vegetirt haben. Es kommt eben hier neben dem Aufhören jener Schädlichkeiten, denen wir in hervorragender Weise die Entstehung der Krankheit zuschreiben, die positive Wirkung der Badecur und der stimulirende Einfluss der Wald- oder Seeluft hinzu.

Leider ist die Erfüllung der indicatio causalis nur in einer ganz kleinen Minorität der Rachitisfälle möglich; wir müssen die Heilung auf einem anderen Wege anstreben. Wegner's Entdeckung von der specifisch sclerosirenden Einwirkung des Phosphors auf die Knochen wachsender Thiere gibt uns eine Handhabe hierzu. Kassowitz gebührt das grosse Verdienst, Wegner's Experimente der Therapie nutzbar gemacht zu haben (1879). Er verabreichte systematisch bei Rachitis Phosphor in kleinen Dosen und erzielte überraschend günstige Erfolge, die seither von berufenster Seite vollauf bestätigt worden sind.

Der Phosphor bewirkt in kleinen Mengen eine Hemmung der Gefässbildung im wachsenden Knochen; er beseitigt so die Hyperämie des rachitischen Knochens, die gerade den Grund für die verzögerte Kalkablagerung darstellt.

Seit dem Jahr 1879 als K. im ersten öffentlichen Kinderkrankeninstitute in Wien mit der Phosphorbehandlung begann, hat sich die Zahl der hilfesuchenden Rachitiskranken von 251 auf 4779 per Jahr gesteigert, oder von 8,6% auf 56% der Krankenzahl. K. hat seither über 25,000 Rachitisfälle mit Phosphor behandelt.

Er pflegt in der Spitalpraxis den Phosphor in Leberthran (0,01 auf 100) zu verschreiben. Die Kinder bekommen täglich einmal einen Kaffeelöffel voll der Emulsion, mit einem Gehalte von einem halben Milligramm Phosphor. Es sollen die dunklern Sorten von Leberthran gewählt werden, die leichter resorbirt werden, als der gereinigte Leberthran.

Der Phosphorleberthran wird, ganz vereinzelte Ausnahmen abgerechnet, von den Verdauungsorganen vorzüglich vertragen und merkwürdigerweise von den Kindern meist ohne Widerstreben genommen.

In der bessern Praxis, wo der Kostenpunkt nicht in Betracht fällt; verwendet K. als Ersatzmittel das Lipanin, das mit dem Leberthran die Fähigkeit theilt, feine und haltbare Emulsionen zu bilden. Die Lipaninemulsion wird nach folgender Formel verschrieben:

Rp.	Phosphori	0,01	
	Lipanin	30,0	
	Sacch. albi pulv.		
	Pulv. gummi arab. ana	15,0	
	Aq. dest.	40,0	M. f. emulsio.

Das Präparat soll jahrelang haltbar sein.

Für Aerzte, die selbst dispensiren, empfiehlt es sich, eine Stammlösung von 0,2% Phosphor in Mandelöl vorräthig zu halten und jeweilen 5 gr dieser Lösung auf 95 Leberthran zu geben, um die gewünschte Concentration von 0,01 : 100 zu bekommen.

Das Mittel muss zum mindesten während einiger Wochen continuirlich verabreicht werden, in vielen Fällen während einigen Monaten.

Die Erfolge der Behandlung sind gewöhnlich schon nach den ersten Wochen deutlich — am auffallendsten nach Hagenbach auf die Schädelrachitis. Es consolidiren sich nicht nur die Knochen in kürzester Zeit, sondern auch die mit der Rachitis einhergehenden Krankheitserscheinungen gehen rasch zurück, wie die Affectionen des Darm- und Bronchialtractus, der Glottiskrampf, die erschwerte Dentition, die pseudoleukämischen Symptome, die schlechte Ernährung etc. Der Phosphor muss somit als ein Specificum bei Rachitis angesehen werden, ähnlich wie das Quecksilber bei Syphilis. Es wäre deshalb sehr zu wünschen, dass der Phosphortherapie eine grössere Verbreitung und allgemeinere Anwendung zukäme, als es in der That geschieht, und dass die nutzlosen Kalkpräparate bei Rachitis endlich auf die Seite gelegt würden.

(Schweizer Correspondenz-Blatt)

Bromoform und Resorcin gegen Keuchhusten. Die erfolgreichen Versuche, die Dr. Stepp in Nürnberg (Deutsche med. Wochenschr. 31 u. 44) mit der inneren Anwendung des Chloroforms angestellt hat, haben seine Aufmerksamkeit auf das bisher gänzlich unbeachtete Bromoform gelenkt, und hat er dasselbe bei einer Anzahl von infectiösen Erkrankungen zur Anwendung gebracht. Ganz besonders günstigen Erfolg hat er, wie er in einem Vortrage auf dem mittelfränkischen Aerztetage mittheilte, beim Keuchhusten davon gesehen.

Das Bromoform ist eine helle, klare Flüssigkeit von eigenthümlichem, nicht unangenehmem Geruch. Dasselbe hat die Zusammensetzung $CHBr_3$ und besitzt ein specifisches Gewicht von 2,9 — ist also beinahe doppelt so schwer, wie Chlo-

roform. Es ist in Weingeist leicht, in Wasser äusserst schwer löslich: 5 — 6 Tropfen lösen sich in 100,0 Wasser nur nach langem heftigem Schütteln. Gut verkorkt hält sich solches Bromoformwasser unbegrenzt lange. Das reine Bromoformwasser schmeckt süss, nicht unangenehm und ätzt nicht. Verdunstet es, so entwickeln sich starke Bromdämpfe, welche die Schleimhaut reizen. Bacteriologische Versuche, die Dr. Goldschmidt mit demselben anstellte, scheiterten, wahrscheinlich in Folge der Flüchtigkeit des $CHBr_3$. Innerlich angewendet ist es ganz ungiftig. Die Tagesgabe für Kinder beträgt 5, 10, 15—20 Tropfen in 100 — 120,0 Flüssigkeit; Erwachsene erhalten es in Kapseln 2 — 3 mal täglich 0,5 Gramm. Für Kinder empfiehlt sich etwa folgende Verordnung: ℞ Bromoform gtt. X, Spirit. vin. 3,0—5,0, Aq. dest. 100,0, Syrup 10,0. In ungefähr 60—70 Fällen von Keuchhusten bei Kindern im Alter von 6 Monaten bis zu 7 Jahren wurde das Mittel versucht, und in allen Fällen heilte der Keuchhusten unter dieser Behandlung in 2 — 3, längstens 4 Wochen. Schon 5 — 6 Tage nach Beginn der Behandlung nahmen die Anfälle ab, um nach weiteren 10 Tagen zu verschwinden. Ganz schwere Fälle mit 30 — 40 starken Anfällen pro die bedurften einer 10—12 tägigen Bromoformbehandlung, und die Abnahme der Anfälle trat ganz jäh ein, dieselben sanken auf 19 in 24 Stunden, nahmen dann weiter rasch ab, um bald ganz aufzuhören. Die katarrhalischen Erscheinungen schwanden auch, soweit sie vorhanden waren, sehr rasch, und ebenso wurde in 2 schweren mit Pneumonie complicirten Fällen durch Dr. Goldschmidt völlige Heilung der hoffnungslos erkrankten Kinder erzielt. Auch verschleppte Fälle wurden günstig beeinflusst, doch muss bei dieser Behandlung die ärztliche Aufsicht genau durchgeführt werden, da eine lässige Handlungsweise seitens der Angehörigen jeden Erfolg in Frage stellen muss. Auf welche Weise die Wirkung des Bromoforms zu erklären ist, ist einstweilen noch nicht zu entscheiden, jedenfalls sind die Beobachtungen geeignet, weitere Versuche mit dem Mittel anzustellen, und steht zu hoffen, dass durch Einführung desselben in die Praxis in mancher Hinsicht ein werthvolles Arzneimittel gewonnen sein wird.

Im Anschluss an frühere Mittheilungen giebt Andeer (Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften, No. 40) neue casuistische Beiträge zu der von ihm empfohlenen Behandlung des Keuchhustens mit Resorcin. Er verordnet je nach dem Alter $^1/_2$ — 2 proc. wässerige Lösung von Recorcin, mehrmals täglich $^1/_2$ Weinglas zum Trinken und zum Gurgeln und sah bei seinen Patienten schon innerhalb 4 — 10 Tagen die Hustenanfälle schwinden.

Verleger: G. Rathgeber in Wetzlar.
Redacteur: Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Gedruckt bei Ferd. Schnitzler in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 12. XIX. Jahrgang. December, 1889.

Diese Zeitschrift erscheint monatlich zu 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die Verlagshandlung zu richten.

Inhalt:

Gibt es zwei verschiedene Formen der Diphtheritis? Originalartikel von Sanitätsrath Dr. Höber in Bad Homburg. — Ueber die Anwendung von Jod- und Brompräparaten per Rectum. Ueber Spermin. — Ueber den Werth des diastolischen Herzgeräusches für die Diagnose der Aorteninsufficiens. Zur Behandlung der Pruritus cutaneus universalis. Ueber Pneumaturie. — Die rhino-laryngologischen Operationen in der Aera des Cocains. Dürfen syphilitisch inficirte Aerzte ihre Thätigkeit fortsetzen. In die Netzhaut eingeheilte Fremdkörper. — Mangansuperoxyd bei Dysmenorrhoe. Ueber Nabelblutungen bei Kindern. — Milchzucker als Diureticum. Graue Quecksilbersalbe als Abortivum gegen Panaritium.

Giebt es zwei specifisch verschiedene Formen von Diphtheritis?

Originalartikel von Sanitätsrath Dr. Hoeber, Bad Homburg.

Die Thatsache dass sowohl in der medizinischen Presse, wie in den Vereinen die Discussionen über Diphtheritis sich immer wiederholen, liefert den besten Beweis, wie weit wir noch von einer klaren Einsicht in das Wesen dieser gefürchteten Krankheit entfernt sind. Zugleich aber giebt sie auch dem einfachen praktischen Arzt die Berechtigung, seinerseits Material zur Lösung dieser Frage beizutragen, auch wenn er nicht wie die grossen Krankenhäuser über hunderte von Fällen verfügt. Denn erstens stammt sein Material aus den verschiedensten Bevölkerungskreisen, und dann ist er oft in der Lage durch seine Stellung in den Familien Beobachtungen z. B. über das erste Entstehen, Uebertragung der Krankheit etc. zu machen die dem Hospitalarzte weniger leicht fallen.

Es scheint mir nun, dass ein Theil der Widersprüche die sich in der seitherigen Literatur über Diphtherie finden, sich in natürlicher Weise lösen würde, wenn wir zwei Arten von Diphtherie annehmen, die, wenn auch verwandt, doch nicht blos verschiedene Grade derselben Krankheit darstellen. Wir haben ja Analoga dafür z. B. Vaccine und Variola, Masern und Rötheln, Cholerine und Cholera.

Ich bin mir wohl bewusst, dass der stricte Beweis dafür nur durch Auffinden der resp. Bacillen geliefert werden kann; das hindert aber nicht, dass wir auch vorher vom klinischen Standpunkt aus diesen Nachweis versuchen.

Wir wollen, um einen vorläufigen Anhaltspunkt zu gewinnen, die eine Form die lokale, die zweite die allgemeine

nennen. Die beiden Formen unterscheiden sich durch ihre Incubationszeit, durch ihren Verlauf, ihre Complicationen und endlich ihre Contagiosität.

Was zunächst die Incubationszeit anbetrifft, so fällt es jedem Praktiker auf, wie verschieden die Angaben der Autoren über die Dauer derselben sind. 2—3, von den meisten 8—10 Tage werden angegeben; ein einziger Autor, Monti giebt 14 Tage an. Ich glaube nun, dass eine sorgfältige Beobachtung, namentlich eine genaue Analyse der Fälle, in denen man durch einen günstigen Zufall — Ausbruch der Diphtheritis auf See, oder eines zweiten Falles in einer isolirten Familie — bestimmte Anhaltspunkte gewinnt, erweisen wird, dass alle Fälle, die den Charakter schwerer Infection zeigen — die im allgemeinen meiner angenommenen zweiten Form entsprechen — eine längere Incubationszeit, ziemlich genau 13 Tage, also ähnlich wie Masern oder Scharlach zeigen. Ich brauche dabei kaum zu erwähnen, dass ich alle Fälle von Scharlachdiphtherie oder die zweifelhaften Fälle von sog. Scarlatina sine exanthem. aus den Beobachtungen ausgeschlossen habe. Die lokale Form dagegen zeigt eine ganz kurze nur 2—3tägige Incubationszeit. In Fällen, in welchen es gelingt die Incubationszeit sicher nachzuweisen würde dieselbe einen nicht unwichtigen Anhalt für die Prognose gewähren, denn im Allgemeinen gewährt die lokale Form mit kurzer Incubationszeit eine bessere Prognose als die andere. Natürlich kann auch ein wesentlich örtlich verlaufender Prozess dadurch, dass er den benachbarten Kehlkopf ergreift und Laryngostenose und Asphyxie hevorruft tödtlich verlaufen, aber auch in diesen Fällen würde der Nachweis einer kurzen Incubationszeit von vornherein die Prognose der Tracheotomie günstiger machen.

Was nun den Verlauf der Krankheit betrifft, so muss von vornherein zugegeben werden, dass durch die Inspection des Rachens allein die beiden Formen sich nicht unterscheiden lassen. Der Belag kann in beiden alle die zufälligen so bekannten Verschiedenheiten zeigen von dem spinnenwebeartigen feinen Ueberzug an bis zum speckigen dicken Fell. Auch der Sitz der Erkrankung giebt keinen Anhalt; die Nase wird bei beiden Formen häufig in Mitleidenschaft gezogen, ebenso das Zäpfchen, seltner schon der harte Gaumen oder die Wangen. Vielleicht kommen die starken Anschwellungen der Halsdrüsen mehr bei der lokalen günstigeren Form vor als bei der schwereren allgemeinen.

Einen wesentlichen Unterschied dagegen zeigt das begleitende Fieber, und zwar in dem Sinne, dass es im umgekehrten Verhältniss steht zur Schwere der Erkrankung. Je näher die diphtheritische Erkrankung einer einfachen Angina steht, je mehr sie als örtlicher Prozess verläuft, desto höher ist von Anfang an das Fieber. Gerade die allerschwersten Fälle

von Allgemeininfektion verlaufen häufig im Anfang ohne oder mit ganz geringem Fieber 38—38,5.

Ein äusserst wichtiges Symptom ist ferner das Erbrechen. Je früher und heftiger dasselbe auftritt, desto sicherer kann man darauf rechnen, dass die schwere allgemeine Form vorliegt, ja ich möchte behaupten, dass die Fälle in welchen heftiges Erbrechen die Scene eröffnet, in welchen ältere Kinder oder verständige Eltern erst durch das Erbrechen darauf aufmerksam werden, dass den Kindern überhaupt etwas fehlt, von vornherein eine schlechte Prognose geben.

In Bezug auf die Complicationen habe ich oben schon erwähnt, dass der Kehlkopf bei beiden Formen ergriffen werden kann, doch lassen sich Unterschiede auch hier wahrnehmen. Während bei der lokalen Form die Laryngitis, wenn sie überhaupt kommt, verhältnissmässig bald, etwa am 3. Tag auftritt, kommt sie bei der allgemeinen Form später, am 6., 7. Tag oder noch später. Gewöhnlich verläuft sie auch langsamer, die Dyspnoe tritt unabhängig vom Alter der Kinder, langsamer auf und führt später zur Asphyxie.

Ein starkes Ergriffensein der Nieren beweist immer dass die schwere allgemeine Form vorliegt; zwar können auch bei der lokalen Art sich Spuren von Eiweiss im Urin finden, doch hängen diese einfach vom Fieber ab und es werden nie Cylinder gefunden.

Dass nach meiner Ansicht nachträglich eintretende diphtheritische Lähmungen nur der zweiten Form zukommen, ist nach dem Vorher gesagten klar. Gerade diese Fälle, bei denen ja eine unzweifelhafte Durchseuchung des ganzen Körpers stattgefunden haben muss, würden sich zu Untersuchungen über die Incubationszeit eignen, und am ehesten Licht in diese dunkle Frage bringen.

Es ist bekannt, dass die Autoren sehr verschiedener Meinung über die Contagiosität unserer Krankheit sind. Die einen halten sie für sehr gross, andere für sehr gering, ja sie ist schon ganz geleugnet worden. Auch in dieser Frage erklärt die Annahme zweier spezifisch verschiedener Krankheitsformen den Widerspruch, und zwar ist zweifellos die schwere allgemeine Form die am wenigsten contagiöse. Die lokale mit hohem Fieber auftretende Form, die gewöhnlich auch den Foetor ex ore in höherem Masse zeigt, ist die ansteckendste. Impfversuche darüber würden kaum etwas entscheiden, da die Uebertragung der Diphtherie von Menschen auf Thiere soviel ich weiss noch nicht gelungen ist; selbst bei Hühnern, bei welchen Diphtherie häufig ist, lassen die Impfungen im Stich.

Auf die Therapie würde die Annahme zweier Krankheitsformen in sofern Einfluss haben, als man bei der allgemeinen Art noch mehr Gewicht als seither auf die innere Medikation

legen müsste und noch eher in der Lage wäre, von der für die kleinen Patienten qualvollen und in der Wirkung so zweifelhaften mechanischen Entfernung der Membranen durch fortwährendes Wegpinseln oder Wegkratzen Abstand zu nehmen. Leider sind ja die Meinungen über den Werth der lokalen Behandlung noch immer sehr getheilt, doch scheinen sich immer mehr gewichtige Stimmen gegen das gewaltsame Entfernen der Membranen auszusprechen. Sobald einmal die Cervicaldrüsen geschwollen sind und damit der Beweis geliefert ist, dass das Gift wenn wir so sagen dürfen in die Lymphbahnen aufgenommen ist, kann ich mir nicht vorstellen, welchen Zweck das Wegpinseln haben sollte, selbst nicht bei der lokalen Form. Am meisten Erfolg schien mir immer eine einmalige, nur im Anfang geübte Application von Liquor ferri sesquichlorati zu haben, das ja neben seiner ätzenden Wirkung auch noch eine stark antiseptische hat. Dass trotzdem strenge Reinlichkeit walten muss durch Ausspülen des Rachens und event. der Nase mit adstringirenden oder leicht antiseptischen Lösungen, Carbol, Salol, chlorsaures Kali oder Salicylsäure ist selbstverständlich.

Ueber die neuerdings von Dr. Lorey empfohlenen Einblasungen von Zucker habe ich keine persönliche Erfahrungen. Jedenfalls sind sie zu Versuchen sehr zu empfehlen da sie leicht ausführbar sind, und die antiseptische Wirkung des Zuckers nicht anzuzweifeln ist. Warme Wasserdämpfe sind jedenfalls nur mit Vorsicht zu gebrauchen; ich habe in einer Reihe von Fällen den bestimmten Eindruck gehabt, als ob eine beginnende Laryngitis durch die Inhalationen gesteigert würde, ja sogar durch dieselben hervorgerufen werden könnte.

Von inneren Mitteln würde bei beiden Formen zunächst das Chinin zu empfehlen sein, das ja auch schon bei gewöhnlichen Anginen fast spezifisch wirkt. In Fällen in denen ich mich berechtigt glaube, die allgemeine Form anzunehmen, habe ich auf die frühzeitige einmalige Darreichung von Calomel wiederholt sofortige Besserung eintreten sehen, wenn sie auch nicht immer Stand hielt. Dass Calomel auf den örtlichen Prozess ungünstig wirken soll, wie das in England allgemein geglaubt wird, habe ich nie beobachten können.

Eigentliche Antipyretica ausser Chinin sind wohl nie nothwendig, auch würde die schwächende Wirkung auf das Herz sehr zu beachten sein. Aus demselben Grunde fürchte ich das Pilocarpin, dessen Dosis und Wirkung kei kleineren Kindern schwer zu bestimmen ist. Die Erhaltung der Kräfte wird mit Recht jetzt in erster Linie gefördert; Kinder die von vornherein alle Nahrung verweigern, geben immer eine schlechte Prognose. Die Alcoholica sind gar nicht zu entbehren, man muss aber wie neulich von Prof. Henoch hervorgehoben wurde, dreiste Dosen geben. Leider wird, sobald

der Belag anfängt sich abzustossen und die gereizte Schleimhaut bloss liegt, die Annahme derselben von den Patienten der Schmerzen wegen oft verweigert, gerade zu der Zeit wo sie der sinkenden Kräfte wegen am nöthigsten wären. Zuweilen wird der Alcohol dann in der Form von Milch oder Eierpunsch noch genommen, wo Wein und Cognac allein zu sehr reizen.

Sehr schwierig wird die Frage der Alcoholtherapie, sobald hochgradige Nierenaffektion vorhanden ist. Dass dieselbe bei starker Zufuhr von geistigen Getränken gesteigert oder wenigstens unterhalten wird, ist zweifellos, es bleibt dann nur übrig streng zu individualisiren und die dringendste Indication zunächst im Auge behalten. Vor einigen Jahren wurde von einem Arzt merkwürdiger Weise in politischen Blättern, ein ganz rationelles Mittel vorgeschlagen, eine Lösung von Salicylsäure in Arrac mit starkem Zuckerzusatz. Ich habe mich überzeugt dass die meisten Kinder diese gutschmeckende Arznei ohne Widerstreben nehmen, über die Wirksamkeit müssen weitere Versuche entscheiden.

Ueber die Kaltwasserbehandlung bei Diphtheritis fehlen mir eigne Erfahrungen. Die unleugbaren Erfolge einzelner Hydropathen und sog. Naturärzte fordern jedenfalls zur Prüfung auf. An sich erscheint es ja nicht unwahrscheinlich, dass eine den Stoffwechsel so mächtig anregende Prozedur von günstiger Wirkung sein könnte. Lokale Wasserbehandlung d. h. sog. Priessnitz'sche Umschläge um den Hals sind jedenfalls in beiden Formen zu empfehlen. Zum Schluss seien mir noch ein paar Worte über die Streitfrage erlaubt, ob es einen genuinen Croup als Krankheit sui generis giebt oder ob Croup nur die Diphtheritis des Kehlkopfs ist.

Vor noch nicht langer Zeit galt es fast als ein Dogma, dass Croup und Diphtherie identisch seien, und es wurde beinahe als ein wissenschaftliches Verbrechen angesehen daran zu zweifeln. Ich habe mich sehr gefreut, dass ein so hervorragender Forscher wie Prof. Henoch kürzlich für die Existenz des genuinen Croups eingetreten ist. Meine eignen Erfahrungen sprechen entschieden dafür. Ich war vor 25 Jahren in einer Gebirgsgegend ansässig in der Croup ausserordentlich häufig war. Namentlich in einem Dorfe trat er geradezu endemisch und so bösartig auf, das jedes Jahr eine Reihe von Kindern daran starben. Damals aber fing man auch bereits an die Diphtheritis zu discutiren, und es hat wohl kein jüngerer Arzt versäumt bei Croupanfällen die fauces zu inspiziren. Dass wir Alle damals den Belag übersehen haben sollten, oder dass in all diesen Fällen die Diphtheritis sich nur im Kehlkopfe lokalisirt haben sollte, ist ganz undenkbar. Aber es spricht noch ein anderer Grund dagegen und das ist der Mangel der Contagiosität. Es fiel uns damals gar nicht ein croupkranke Kin-

der abzusondern, und doch ist mir kein Fall erinnerlich in dem eine Ansteckung auch nur vermuthet werden konnte. Dass die Tracheotomie auch in diesen Fällen von reinem Croup schlechte Resultate gab, lag sicher an der noch nicht so weit gediehenen Technik, nicht der Operation, sondern der Nachbehandlung. Man begnügte sich damals allgemein mit der Einführung der Taubenfedern, wagte aber nicht bei wieder auftretenden asphyktischen Zuständen in der energischen Weise wie heute die sich bildenden Krusten mit dem elastischen Catheter zu entfernen.

Es würde mich sehr freuen wenn ich von Seite anderer Collegen Bestätigung oder Widerlegung meiner oben niedergelegten Beobachtungen hörte, namentlich aber möchte ich alle diejenigen, denen grösseres Material in Familienpraxis zu Gebote steht, dringend auffordern der Frage der verschiedenen Incubationszeit näher zu treten.

I. Pharmacologie und Balneologie.

Ueber die Anwendung von Jod- und Brompräparaten per rectum zu localen, regionären und allgemeinen Heilzwecken. Ueber die Darreichungsweise der Haloide, speciell des Jods, des Broms und ihrer Salzverbindungen, durch das Rectum liegen in der Fachliteratur reelle klinische Erfahrungen bisher nicht vor. Um so dankenswerther ist es, dass Prof. Köbner, der bekannte Berliner Dermatologe, über die verschiedenen Heilzwecke, welche er innerhalb von etwa 25 Jahren bei geeigneten Fällen damit erfüllt hat, und über die Formen und Combinationen ihrer Darreichung in eingehender Weise berichtet. (Ther. M., Nov. 1889.)

Die rectale Application der Jod- und Brompräparate hat K. in zweierlei Richtungen sehr brauchbar gefunden: einmal für locale, beziehungsweise regionäre Indicationen, und zweitens für die constitutionellen, beziehungsweise für die Heilwirkungen dieser Mittel auf fernliegende Organe. Seit langer Zeit bekannt und auf Schleiss v. Löwenfeld's, nach der Anweisung seines Lehrers Philipp v. Walther's, Empfehlung in die Praxis eingeführt, ist bisher nur die Verordnung von Jodkalium in Form von Suppositorien gegen chronische Prostatitis. Schleiss brachte in der Regel nur jeden zweiten Tag ein keilförmiges, bohnengrosses Stück einer wachsharten Salbe (aus 1 Theil Jodkalium auf 3⅝ Theile Cacaobutter und ⅛ Theil Süssmandelöl) auf der Spitze eines Zeigefingers, in dessen Nagel eingehackt, in der Bauchlage des Kranken auf die vordere Wand der Mastdarmhöhle und rieb es auf der Prostatagegend während etwa 5 Minuten ein; nachher liess er

denselben noch 1/4 Stunde in der Bauchlage verharren. Bei dieser Anwendungsweise, bei welcher das Jodkalium endosmotisch nur die Mastdarmschleimhaut zu durchdringen hat, sollte mit einem Male mehr hiervon in die Prostata gebracht werden, als bei innerlichem Gebrauche in Wochen. In einzelnen Fällen erwies sich jedoch die Einreibung innerhalb des Mastdarms unmittelbar auf die prostatische Hervorragung wegen zu grosser Schmerzhaftigkeit bei der Introduction des Fingers als nicht ausführbar, ja nicht einmal die blosse Einlegung eines Suppositoriums, die Schleiss als Aushilfsmassregel in solchen Fällen verordnete, wo es ihm wegen räumlicher Entfernung des Kranken nicht möglich war, die Einreibung selbst vorzunehmen, konnte oft nicht durchgeführt werden. In solchen Fällen liess er als Ersatz entweder jene Salbe am Perineum einreiben, oder er liess zeitweise, statt der die Schleimhaut zu reizenden Salbe, Klystiere aus der Adelheid-Quelle von Heilbronn geben.

K. hat seit langer Zeit Zusätze verordnet und zwar 1tes überall, wo noch eine irgend erhebliche Empfindlichkeit der allseitig oder nur in einem Lappen geschwollenen Prostata auf Druck oder ein reflectorischer Tenesmus des Mastdarm vesicae mit vermehrtem Harndrang am Tage, sowie in der Nacht vorhanden war, von Extr. Bellad., wovon bei nur einmal täglicher Einführung eines 0.25 Jodkalium enthaltenen Zäpfchens 0.02 oder wo noch Tenesmus bis 0.03, bei zweimaliger nur 0.01 bis 0.015 desselben. Er warnt dabei davor, den Kranken zu viel solcher Zäpfchen auf einmal zu verordnen, ohne ihn innerhalb 5—6 Tage zu besichtigen, weil selbst bei obiger Tagesdosis zuweilen Zerstreuungskreise und Flimmern vor den Augen, die Unfähigkeit in der Nähe zu lesen oder kleine Objecte scharf zu erkennen, als Symptome der durch den Belladonnagebrauch bedingten Mydriasis und Accommodationsparese schon nach einigen Tagen auftreten und dann zum baldigen Aussetzen nöthigen.

Viel häufiger fügte K. aber 2tes Bromkalium hinzu, einmal um alle sexuellen Erregungen nach dem Ablauf acuter und während der Dauer chronischer Entzündungen der Prostata, resp. des meistens noch mit erkrankten prostatischen Theiles der Urethra zu beruhigen, dann aber um die resorbirende Wirkung des Jodkaliums nach Art des gemeinschaftlichen Vorkommens in natürlichen Mineralwässern zu steigern. So verordnete er früher gewöhnlich Kal. jod., Kal. brom. ana 0.25, Ol. Cacao. qu. s. (1.0), welcher Mischung er nur selten die obenerwähnten Dosen von Extr. Bellad. beigab. Da nun bei empfindlichen Kranken durch diese Composition, sowie schon durch die blossen Jodkaliumzäpfchen häufig ein Gefühl des Brennens in der Schleimhaut hervorgerufen wurde und nicht selten die Ausstossung der Zäpfchen schon nach wenigen Minuten erfolgte, so wandte er in solchen Fällen, statt der Suppositorien, Lösungen an, und zwar nicht schwache natürliche

Jodmineralwässer, sondern als viel rationeller, weil sicher dosirbar, kleine Klysmen von Jodkaliumlösungen, welchen je nach Bedarf auch Bromkalium und bei grösseren oder länger bestehenden oder sich räge verkleinernden Indurationen der Prostata schon nach wenigen Tagen reine Jodtinctur zugesetzt wird. So begann K. z. B. mit Lösungen von Kal. jod. 3.0 Kal. brom. 2.5 bis 3.0 (eventuell nebst Extr. Bellad. 0.3!), Aqu. 200.0, vertheilt auf 10 Klysmata, sodass hiervon je 20 Gramm in nur 50 bis 100 erwärmten Wassers anfangs täglich ein-, später zweimal injicirt wurden. Weiterhin stieg K. z. B. auf Kal. jod. 10.0, Kal. brom. 8.0 bis 10.0 (eventuell nebst Extr. Bellad. 0.6), Aqu. 300.0, für 20 Klysmen, also 15.0 dieser Lösung nebst 80 bis 100 Gramm Wasser, zweimal täglich zu injiciren.

Höchst wirksam und überraschend gut vom Mastdarm tolerirt fand K. nun Zusätze reiner Jodtinctur, welche er gesondert vorräthig hält, um die Zahl ihrer hinzuzuträufelnden Tropfen an jedem beliebigen Tage variiren zu können. Von 3 Tropfen während etwa 3 bis 5 Tagen liess er auf 5, 6, nach einigen Wochen auf 9 bis 10 Tropfen für jedes solcher Klysma steigen, ohne jemals Zeichen einer Schleimhautentzündung zu beobachten. Wohl aber ging die Abschwellung der Prostata und wo sie vorhanden war, auch die katarrhalische Hypersecretion derselben rascher, als vorher zurück und auch der Tenesmus vesicae verminderte sich, sodass der Zusatz des Belladonnaextractes entbehrlich wurde. Selbst in vernachlässigten, auf $1^1/_2$ Jahre und länger zurückdatirten chronischen Prostatitisfällen schwanden auf den regelmässigen Gebrauch jener Klysmen während einer Reihe von Wochen die lästigen subjectiven Beschwerden, beziehungsweise Parästhesien im Penis und besonders in der Glans, namentlich die Empfindungen von Kälte und von Kraftlosigkeit, und selbst der Appetitus coeundi kehrte wieder.

Eine zweite, aber ungleich seltenere locale Indication boten K. einige Fälle von syphilitischen Mastdarmgeschwüren mit begleitendem, hartnäckigem, reichlich secernirendem Katarrh der Rectumschleimhaut, welcher jene lange Zeit überdauert. Nachdem adstringirende und desinficirende Eingiessungen sich aber ganz nutzlos erwiesen hatten, erwiesen sich kleine nur Jodkalium (0.5 bis 1.0) enthaltende Klysmen öfter als recht wirksam. Durch den chemischen Nachweis des Jods im Speichel und Harn jener Prostatakranken, und zwar in ersterem nach Einführung von Suppositorien von nur 0.25 Jodkaliumgehalt schon nach 20 bis 30 Minuten, im letzteren nach Klysmen von 0.5 schon nach 10 bis 12 Minuten, nach Klysmen von 1.0 Jodkalium bis zur 28. bis 30. Stunde, ward die Schnelligkeit und die Dauer seiner Elimination und damit die Resorptionsfähigkeit der Rectumschleimhaut für Jodpräparate

als ungefähr gleichbedeutend mit jener des Magens erwiesen, und wurde K. zuerst auf die Verwerthung der qu. Behandlungsmethode auch bei constitutionellen Leiden und zwar in erster Reihe bei Syphilis hingeleitet. Insbesondere hielt K. solche Syphiliskranke zu dieser Anwendungsweise für geeignet, welche bei früheren Versuchen innerlichen Jodgebrauches sehr bald die heftigsten Beschwerden gehabt hatten und deshalb sich durchaus keiner Jodkur unterziehen mochten, so nothwendig solche für sie auch war.

(Wiener med. Blätter.)

Ueber Spermin. Brown-Séquard gelang es bekanntlich durch Injection einer Hodenverreibung eine bedeutende Steigerung der nervösen Thätigkeit und der Muskelkraft zu erzeugen und den intestinalen und seminalen Secretionen eine jugendliche Stärke wiederzugewinnen. Diese Resultate sind nach Kobert's Mittheilung in Nr. 21 der »Fortschr. d. Med.« auf die Wirkung des Spermins zurückzuführen. Das Spermin ist das unterste Glied aus der Reihe der Imine (Imine sind secundäre Aminbasen, in welchen die 2 aus dem Ammoniak austretenden Wasserstoffatome durch ein zweiwerthiges Alcoholradical ersetzt sind), und zwar Aethylenimin, dem die Formel $\begin{matrix}CH_2\\CH_2\end{matrix}\Big\rangle NH$ zukommt. Die ersten Versuche die sehr unsauberen Hodenverreibungen durch chemisch reine Lösungen von Spermin zu ersetzen, stammen aus dem Laboratorium von Parke, Davis & Comp. Nachdem diese Firma sich überzeugt hatte, dass in den Brown-Séquard'schen Hodenverreibungen in der That Spermin enthalten ist, wurde diese Base in grösserer Menge rein dargestellt und als salzsaures Salz, in Glycerinwasser gelöst, eingespritzt. Solche Einspritzungen wurden von Menschen und Thieren reactionslos vertragen, während man dies von den Hodenverreibungen absolut nicht behaupten kann. Von den Versuchen, welche mit der 0,8proc. Lösung angestellt wurden, sei wenigstens einer hier mitgetheilt: Ein Neger von über 70 Jahren, welcher schon seit langer Zeit an Rheumatismus und Altersschwäche litt, zeigte schon nach 3 Einspritzungen von je 6 Tropfen der genannten Lösung eine unleugbare Besserung seines Zustandes, obwohl er von dem Mittel und den ihm von den Zeitungen nachgerühmten Wirkungen absolut keine Ahnung hatte. Während er früher nicht im Stande war, in die Pferdebahn, selbst wenn diese stillstand, einzusteigen, bekam er wieder die Kraft und Geschicklichkeit, im Fahren in dieselbe zu springen. Wer also von der Wirkung des Brown-Séquard'schen Mittels sich durch eigene Versuche überzeugen will, der benutze wenigstens das von Parke-Davis gelieferte salzsaure Spermin, etwa nach folgender Formel:

℞ Spermini hydrochlorici 0,1
Aq. destillatae 8,0
Glycerini purissimi 2,9
MDS. Täglich 1—2 Spritzen subcutan einzuspritzen.

Lange vor dem Bekanntwerden der Brown-Séquard'schen Versuche hat Kobert, um sich über die Wirkungen des Spermins eigene Vorstellungen zu verschaffen, dasselbe sich, in wenn auch nur kleiner Menge dargestellt und Thieren in salzsaurer Lösung eingespritzt. Er sah darnach gar keine Wirkungen und hat daher in seiner Toxikologie diese Base als ungiftig bezeichnet. Auf Steigerung der sexuellen Triebe hat er freilich damals zu achten keinen Anlass gehabt.

II. Medicin.

Ueber den Werth des diastolischen Herzgeräusches für die Diagnose der Aorteninsufficienz. Von Dr. Arthur Klein in Wien. (Wien. klin. Wochenschr. 1889, Nr. 35 u. 36.) K. weist, bei der grossen Bedeutung des diastolischen Geräusches für die Diagnose der Aorteninsufficienz, darauf hin, dass es Aorteninsufficienzen gibt, welche keine Geräusche verursachen, und dass andererseits diastolische Geräusche an der Herzbasis den in Rede stehenden Klappenfehler vortäuschen können. Das Fehlen des diastolischen Geräusches kann darauf beruhen, dass es noch nicht vorhanden, oder dass es maskirt ist, oder endlich, dass es aus irgend einer Ursache verschwunden ist. Bei Atherom der Aorta, das bereits zu einer Erweiterung des Anfangsstückes der letzteren mit Dehnung des Klappenringes geführt hat, kann es vorkommen, dass die freien Ränder der Klappen gerade noch schliessen, so dass man in der Diastole des Herzens einen klingenden Ton hört, dem sich jedoch alsbald eine kräftigere Systole (bei Körperbewegungen des Kranken oder bei Genuss erregender Getränke) mehr Blut in die Aorta treibt, als ihrem Füllungszustande bei ruhiger Herzaction entspricht. Andere Beobachter sind der Ansicht, dass in solchen Fällen bereits ein kleiner Defect an den Aortenklappen bestehe, der jedoch, falls das Blut noch nicht mit der nöthigen Kraft regurgitirt, kein hörbares Geräusch erzeugt. In manchen Fällen, die durch einen Pulsus celer und einen hypertrophischen linken Ventrikel Verdacht erregen, hört man vermittelst des Stethoscops einen reinen zweiten Aortenton, während die Auscultation mit blossem Ohre ein diastolisches Geräusch erkennen lässt; in solchen Fällen sind wahrscheinlich ein resp. zwei Klappensegel noch intact und der an denselben zu Stande kommende Ton pflanzt sich weiter fort, als das gleichzeitig entstehende Geräusch, und

maskirt daher das letztere bei der Auscultation mit dem Stethoscop; derartige Fälle werden häufig verkannt und als auf nervöser Erkrankung beruhend angesehen.

Auch eine gleichzeitig vorhandene hochgradige Stenose des Ostiums kann die Ursache für das Nichtvorhandensein eines diastolischen Geräusches sein, da das bedeutend verengte Ostium während der Diastole zu wenig Blut regurgitirt. Endlich kann das vorher vorhanden gewesene Geräusch zum Verschwinden gelangen entweder durch eine sogenannte »Heilung« der Aorteninsufficienz (in Folge von frischen endocarditischen Auflagerungen auf den geschrumpften Klappen), oder dadurch, dass eine complicirende Mitral-Insufficienz oder ein erheblicher Blutverlust eine Druckabnahme in der Aorta erzeugt.

Was die diastolischen Geräusche an der Herzbasis anlangt, durch welche eine Aorten-Insufficienz vorgetäuscht werden kann, so sind es entweder accidentelle Geräusche endocardialen Ursprungs (welche trotz des Läugnens der meisten Autoren unzweifelhaft beobachtet worden sind), theils ungewöhnlich laute, von den Halsvenen her fortgeleitete und diastolisch verstärkte Nonnengeräusche. Auch bei Verkalkung der Aortenklappen ohne Insufficienz, ebenso bei Sehnenflecken auf dem Pericardium sind diastolische Geräusche beobachtet worden. Endlich hat Leyden auf das Vorkommen diastolischer Geräusche am Herzen bei Aneurysmen der Aorta thoracia und abdominalis hingewiesen, welche dadurch entstehen sollen, dass während der Herzdiastole Blut aus dem Sack in eine noch contractionsfähig Partie der Aorta tritt, welche die in die Herzdiastole fallende Propulsion des Blutes aus dem Sacke besorgt.

(Pest. med.-chirg. Presse.)

Zur Behandlung des Pruritus cutaneus universalis. Von A. Wertheimber. (Münch. med. Wochenschr. No. 44. 1889.) Von der Ansicht ausgehend, dass es sich bei dem sogenannten idiopathischen Pruritus um eine reine Sensibilitätsneurose handelt, war man lange Zeit hindurch bemüht, denselben durch Arsen, Bromkalium, Chloralhydrat, Atropin und Morphin zu bekämpfen, ohne jedoch Erfolge zu erzielen. Die Nervina erweisen sich hier durchaus nutzlos, die Opiate aber, zumal das Morphin, geradezu schädlich, indem sie den Pruritus nur steigern. Auch durch die vielgestaltige örtliche Behandlung ist noch kein Fall von Pruritus univeralis bisher geheilt worden, und selbst palliative Hilfe, die man von ihr erwartet, ist in Wirklichkeit eine höchst zweifelhafte.

Mit Rücksicht darauf hat W. sich veranlasst gesehen, einen Versuch mit dem Natrium salicylicum zu machen, welches er in 3proctgr. Lösung verordnete, mit der Weisung, davon täglich dreimal 2 Esslöffel zu nehmen. Es handelte

sich um eine 53jähr. Patientin, welche schon seit mehreren Tagen mit einem über die ganze Hautoberfläche verbreiteten Juckreiz behaftet war. Der Erfolg dieser Verordnung war ein überraschend günstiger. Schon die erste Nacht — nachdem Pat. 6 Esslöffel voll von der bezeichneten Lösung verbraucht hatte — verlief in fast ungestörtem Schlafe; am nächstfolgenden Tage machte die Besserung noch weitere Fortschritte, und nach Ablauf des dritten Tages der Behandlung war das Hautjucken gänzlich verschwunden; es ist auch seitdem nicht mehr wiedergekehrt. Das salicylsaure Natrium wurde auch nach Beseitigung des Juckens noch einige Tage in verminderter Gabe fortgereicht.

Ebenso rasch und vollständig war der Erfolg in 2 weiteren Fällen: Der eine derselben, bei welchem der Pruritus in etwas milderer Form aufgetreten war, betraf einen Mann von 45 Jahren, der ausser einem chronischen Darmcatarrh (Obstipation, zeitweise abwechselnd mit unter Colik erfolgenden Durchfällen) keine andere krankhafte Störung darbot. Im dritten Falle, welcher hinsichtlich der Intensität des Leidens dem ersterwähnten in keiner Weise nachstand, handelte es sich um eine Frau von 49 Jahren, bei welcher seit der ein halbes Jahr zuvor eingetretenen Menopause sich mancherlei Beschwerden — Fluxionen mit nachfolgendem starken Schweissausbruch, Kopfschmerzen, Schwindel und Stuhlträgheit — eingestellt hatten.

In diesen sämmtlichen 3 Fällen hat sich das Natrium salicylicum dem Pruritus gegenüber als ein effectives Heilmittel bewährt.

Eine nähere Präcisirung der Fälle, für welche sich die fragliche Behandlung eignet oder nicht eignet, hält W. zur Zeit noch für völlig unmöglich; ob das Salicylat beispielsweise auch dort die Probe bestehen wird, wo dem Pruritus eine diabetische Erkrankung oder wo ihm latente Urämie (bei Schrumpfniere) zu Grunde liegt, darüber kann nur die Erfahrung entscheiden. Der Pruritus senilis wird voraussichtlich durch das Mittel nicht beeinflusst werden, sicherlich ebensowenig der Pruritus hiemalis, dessen Entstehen unzweifelhaft auf Einwirkung der Kälte zu beziehen ist.

Die ätiologischen Momente des Pruritus sind im Allgemeinen noch keineswegs genügend aufgeklärt; sichergestellt ist nur die Thatsache, dass ein ausgebreitetes, von Hautaffectionen unabhängiges Jucken am häufigsten in solchen Fällen auftritt, wo die Blut- und Säftemasse chemisch-reizende Substanzen mit sich führt, welche die Nervenenden des Papillarkörpers in einen eingenthümlichen Erregungszustand versetzen. Auf solche Weise erklärt sich der Pruritus im Verlaufe des Icterus, des Diabetes mellitus, der chronischen Nephritis u. s. w.; desgleichen der Pruritus nach Einwirkung von Morphium,

Aconitin und Cocain. Allem Anschein nach giebt es aber ausser den bisher angenommenen noch andere Krankheitszustände, in welchen sich abnorme Stoffwechselproducte bilden, deren Eintritt in die Blutbahn zu den gleichen Folgen, d. h. zu allgemeinem Hautjucken führen kann; und es ist heute schon wahrscheinlich, dass für manche Fälle von Pruritus universalis, die wir gegenwärtig noch als reine Neurose auffassen, die Zukunft eine andere Deutung finden wird.

Ueber Pneumaturie. Von Prof. Friedrich Müller (Bonn). (Berl. Kl. Wochenschrift 89. 41.) Pneumaturie, das heisst Ansammlung von Gas in der Blase und Entleerung desselben durch die Harnröhre, ist ein seltenes Vorkommniss, dem nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden zu sein scheint.

Der von Prof. Müller mitgetheilte Fall ist in Kürze folgender: Der 60jährige Pat., der früher weder eine Gonorrhoe, noch sonst irgend eine Erkrankung des Urogenitalapparates, durchgemacht, auch niemals Symtome von Diabetes dargeboten hat, bemerkte im Jahre 1873 oder 1874, dass sein Urin trüb und übelriechend sei. Er gebrauchte deshalb verschiedene Mineralwassercuren, ohne dass sich jedoch die Beschaffenheit des Urins wesentlich besserte. Als sich später auch häufiger Drang zum Uriniren einstellte, suchte der Pat. Wiesbaden auf, wo eine elektrische Behandlung der Blase vorgenommen wurde. Das Einführen der dicken Elektrode durch die Harnröhre verursachte heftigen Reiz, und die nächste Folge dieser Behandlung war, dass sich Incontinenz einstellte und der Harn unwillkürlich abfloss.

Einige Monate später, im Jahre 1884, bemerkte Pat. zum ersten Male, dass sich beim Harnlassen, besonders gegen das Ende zu, Luft durch die Harnröhre entleerte, indem der Hauptstrahl mit einem gewissen Gepolter unterbrochen wurde.

Diese Erscheinung wiederholte sich seitdem in unregelmässigen Zwischenräumen jede Woche, später alle paar Tage. Der Harn war trüb, von eigenthümlichem, aber nicht üblem Geruch, von blassgelber Farbe und saurer Reaction. Er enthielt mikroskopisch Blasenepithelien, Leukocyten und sehr zahlreiche Mikroorganismen.

Die Quantität des gewonnenen Gases betrug einmal 20 Ccm., ein anderes Mal 52 Ccm., ein drittes und viertes Mal 12 und 18 Ccm. Der Urin, welcher mit dem Gas übersandt worden war, erwies sich jedesmal trüb, von hellgelber Farbe und deutlicher, zum Theil sogar stark saurer Reaction; er enthielt eine sehr geringe Menge von Eiweiss; eine mit länger aufbewahrtem Harn angestellte Zuckerprobe ergab ein negatives Resultat; als jedoch frisch entleerter Harn zur Untersuchung verwendet wurde, ergab sich ein Zuckergehalt von 0,6—2.5 pCt., der durch die verschiedenen Zuckerproben constatirt wurde.

Nachdem die Anwesenheit von Gas in der Harnblase zweifellos erwiesen war, trat die Frage auf, woher das Gas stammte.

Ansammlung von Gas in der Blase und Entleerung desselben beim Uriniren findet sich am häufigsten dann, wenn (z. B. in Folge einer bösartigen Neubildung) eine abnorme Communication zwischen der Blase und dem Darm sich gebildet hat und durch eine solche vesico-enterische Fistel Darmgas und anderer Darminhalt in die Blase gelangt.

Diese Möglichkeit war hier mit Sicherheit auszuschliessen, vielmehr lehrte eine genaue Untersuchung, dass das Gas sich aus dem Harn selbst, und zwar offenbar durch einen Gährungsvorgang entwickelte. Bei diesem Gährungsprocess war, analog wie bei der Buttersäuregährung, in der Hauptsache Wasserstoff und Kohlensäure entstanden und erst durch Diffusion dieser Gase in der Harnblase mit den Gasen des Blutes und der Gewebe war Stickstoff und vielleicht auch Methan beigemengt worden.

Dass der Zucker diejenige Substanz war, durch deren Vergährung sich das Gas gebildet hatte, scheint daraus hervorzugehen, dass es in länger aufbewahrtem und also bereits vergohrenem Harn nicht gelang, Zucker aufzufinden, während frisch entleerter Harn ca. 1 pCt. Traubenzucker enthielt. Vor Allem aber spricht für diese Annahme der Umstand, dass in fast allen Fällen von spontaner Gasentwicklung, die bisher genau beobachtet worden sind, ein, wenn auch geringer Traubenzuckergehalt des Harns nachgewiesen werden konnte. Das späte Auftreten ammoniakalischer Gährung des Harns unterbrach und verhinderte die Gasbildung. Wir haben es also bei der »spontanen Gasentwicklung aus dem Harne« mit einem ganz analogen Vorgange zu thun, wie bei der Hydrothionurie, die auf Mikroorganismenwirkung beruht.

Der Versuch durch Ueberimpfen des gasbildenden Harns auf andere Harne, sowohl vom Gesunden als auch von Kranken, auch in diesen Gasentwicklung herbeizuführen, ähnlich wie dies für die Schwefelwasserstoffgährung nachgewiesen worden ist, gelang bisher noch nicht. Ebensowenig gelang es bis jetzt, durch Plattenculturen aus dem Harn denjenigen Mikroorganismus (und um einen solchen handelt es sich doch sicher) zu isoliren, welcher die Gasbildung veranlasst.

Alle bisher beobachteten Fälle betrafen Männer. Unangenehme Sensationen oder Folgeerscheinungen waren durch das Luftpissen niemals bedingt. Es scheint demnach die Pneumaturie ein ungefährliches Symptom zu sein, gegen welches ein therapeutisches Einschreiten unnöthig ist. In dem mitgetheilten Falle besserten sich zwar nach Aetzung der Blase mit Lapislösung die Urinbeschwerden, der Harn wurde etwas klarer, die Gasentleerung seltener, oft nur alle 8 Tage, die Menge des Gases geringer, aber die Pneumaturie ist nach 5jähriger Dauer noch nicht vollständig geschwunden.

III. Chirurgie-, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Die rhino-laryngologischen Operationen in der Aera des Cocains. Von Prof. B. Fränkel (Berlin). (Vortrag, gehalten auf der 62. Naturforscher-Versammlung zu Heidelberg 1889. — Allg. Med. Centralzeitung.)

Mit der Einführung des Cocains ist ein neuer Abschnitt in der Rhino-Laryngologie geschaffen worden und mit der Cocain-Anästhesie hat das rhino-laryngologische Operiren wesentliche Veränderungen erfahren.

Das Cocainum hydrochloratum wird in der Nase und im Rachen in 10—15 proctgr. im Kehlkopf in 20 proctgr. Lösung angewendet. Zur Application wird der Wattebausch oder der Pinsel, die Spritze, der Zerstäuber oder die submucöse Injection verwendet, je nach dem Orte, an welchem das Heilmittel angewandt werden soll, mit Rücksicht auf die Configuration des betr. Organes und seiner Empfindlichkeit gegen directe Berührung. Als Gesammtdosis genügt 0,1 Cocain. — Die submucöse Injection wird benutzt, wenn man beim Operiren in die Tiefe eindringen, z. B. Knochenoperationen in der Nase machen will, oder wenn es ganz besonders darauf ankommt, Reflexe auszuschliessen. Vergiftungserscheinungen kommen vor, sind aber selten und scheinen in Folge individueller Veranlagung einzutreten. F. beobachtete z. B. bei einem Manne, der wegen recidivirenden Fibrosarcoms des Stimmbandes gegen 20 mal interlaryngeal operirt werden musste, unter den verschiedenen Anwendungen des Cocains in seinem Kehlkopf zweimal Vergiftungserscheinungen. Es sind dies die einzigen, die er in eigener Praxis erlebt hat. Nach Eintritt einer vorzüglichen localen Anästhesie, die die Operation schnell ausführbar machte, trat bei dem Patienten eine grosse Unruhe ein; er musste sich fortwährend bewegen und ununterbrochen sprechen, hatte Supressionsgefühl, war bleich und cyanotisch und zeigte einen schnellen Puls. Die Erscheinungen dauerten über eine Stunde, um dann allmählig folgenlos zu verschwinden. — Todesfälle in Folge des Cocains sind, soweit rhino-laryngologische Operationen in Frage kommen, bisher nicht beobachtet worden.

Durch Application des Cocains wird eine locale Anästhesie von hinlänglicher Dauer erzielt, um die qu. Operationen ausführen zu können, ausserdem — was zuweilen ebenso wichtig ist — ein Aufhören der Reflexerregbarkeit und eine Blutleere der betroffenen Region. Die wenigen Fälle, in denen das Cocain überhaupt nicht oder pervers gewirkt haben soll, verschwinden gegenüber der überwältigenden Majorität, in denen es seine segensreiche Wirksamkeit entfaltet. Störend sind nur der Zeitverlust, den man durch Abwarten bis zum Eintritt der Anästhesie erleidet und dann die subjectiven Empfindungen, die das Cocain hervorruft: das befremdende Gefühl der Be-

wegung, welche das Cocain im Rachen und Kehlkopf verursacht, belästigt und ängstigt die Patienten in hohem Grade, auch wenn man sie darauf vorbereitet hat.

Jedenfalls wird den Laryngologen durch das Cocain insofern ihre Wirksamkeit erleichtert, als es die Operationen in dieser Höhle nicht nur verallgemeinert und erleichtert, sondern auch sicherer macht. In Folge der Anästhesie ist ihre Ausführung erheblich leichter geworden, insofern die Aufhebung des Reflexes es ermöglicht, im Mundrachen ungestört und sicher zu operiren. Demnach hat die Anwendung der Galvanocaustik jetzt eine überraschende Verbreitung gefunden. — Ebenso wird jetzt von den Methoden, die an Stelle der Tonsillotomie beabsichtigen, die Mandeln unblutig zu verkleinern, nämlich von der Anwendung des Cauteriums, der warmen Schlinge oder der Cauterisation, viel häufiger Gebrauch gemacht, und es gelingt mit ihnen, hyperplastische Tonsillen selbst bei Blutern gefahrlos zur Norm zurückzuführen.

In der Nase spielt die Blutleere eine wichtige Rolle. Die Cocain-Ischämie entleert die cavernösen Räume, macht hierdurch die Weichtheile, insbesondere der Muscheln dünner und erschliesst so ein vergrössertes Gebiet dem Einblick. Während früher die vorquellende Schleimhaut häufig das Gesichtsfeld selbst dann noch einengte, wenn man sich bemühte, sie mit Instrumenten aus dem Wege zu drängen, gestattet die nach der Cocainisirung eintretende Abschwellung, fast so weit zu sehen, als es die knöcherne oder knorpelige Configuration zulassen. Die vornehmste Aufgabe des Rhinochirurgen, dass er sieht, was er erfasst, ist so durch das Cocain erfüllt worden. — So sieht man zum Beispiel jetzt mit erhöhter Leichtigkeit die Anheftungspunkte der Polypen, auch wenn sie hoch oben am Dache oder seitlich im mittleren Nasengang oder weit nach hinten sitzen, und man kann sie deshalb unter Führung des Auges ergreifen. Die kalte oder warme Schlinge ist daher das für diesen Zweck am meisten bevorzugte Instrument; daneben können jedoch auch andere Instrumente, insbesondere schneidende oder greifende Zangen und der stumpfe Haken zur Anwendung kommen, ohne dass das Auge zur Führung derselben verliert. Selbst weit nach hinten sitzende oder gar in den Rachen hineinhängende Schleimpolypen der Nase können jetzt ohne die, den Patienten immer belästigende bimanuelle Methode von vorn extrahirt werden, während das Spalten der äusseren Haut oder des Palatum oder des Velum, um Myxome und ähnliche Geschwülste aus der Nasenhöhle zu entfernen, durch das Cocain jetzt ganz ausgeschlossen sind.

Einen weiteren Vortheil bietet die Blutleere in der Nase dadurch, dass sie Nebenverletzungen vermeidlicher macht. Die Vergrösserung des durch die Blutleere dem Auge erschlossenen Raumes im Verein mit der Analgesie hat ferner bewirkt, dass

wir nunmehr mit dem Messer, dem Meissel und dem Bohrer, mit der Säge oder der schneidenden Zange und nicht selten mit der Galvanocaustik die Verbiegungen und Leisten der Knochen und Knorpel des Nasengerüstes, insbesondere des Septums beseitigen und hierdurch veranlasste Stenosen und andauernde Reizungen der Schleimhaut zur Heilung bringen. Man macht jetzt diese Operationen am aufrechten Kopf ohne allgemeine Narcose und braucht das Einfliessen von Blut in den Kehlkopf etc. dabei nicht zu fürchten. Die Operation lässt sich schnell, mit voller Sicherheit und aseptisch ausführen. Es ist deshalb leicht verständlich, dass sie sich grosser Verbreitung erfreut.

Im Nasenrachenraum werden gleichfalls durch das Cocain die Operationen erleichtert und sicherer gemacht, schon dadurch, dass es die der Besichtigung im Wege stehenden Hindernisse durch Aufhebung des Reflexes zum Theil hinwegräumt und die Anlegung des Gaumenhakens den Patienten erträglicher macht. Darüber hinaus ist aber eine wesentliche Veränderung unserer operativen Technik seit Einführung des Cocains im Nasenrachenraum nicht hervorgetreten. Doch ist man jetzt seltener als vorher genöthigt, zum Zwecke der Entfernung der adenoiden Vegetationen die allgemeine Narcose zu Hilfe zu nehmen. Allerdings ist bei jüngeren Kindern die Anwendung des Cocains zuweilen fast so schwierig, als die Operation selbst, weil die subjectiven Empfindungen der Cocainwirkung von ihnen manchmal mit noch grösserem Geschrei beantwortet werden, als der Schmerz des operativen Eingriffes selbst. Es ist aber die Exstirpation dieser Vegetationen durch das Gottstein'sche Messer und die Verbesserungen der Curette eine so schnell auszuführende Operation geworden, die überdies meist in einer Sitzung zum Ziele führt, dass man bei kleinen Kindern, die leicht zu halten sind, des Cocains und der Narcose entbehren kann.

Seine grössten Triumphe feiert das Cocain aber im Kehlkopf, insofern sich Instrumente in den Kehlkopf mittelst desselben leicht einführen lassen. Neben der Verringerung der früher nothwendigen Vorübung ist die Veränderung, die das Cocain an der eigentlichen Methode der Kehlkopfpolypen-Extraction hervorgebracht hat, von hoher Wichtigkeit. Früher war die Entfernung eines Kehlkopfpolypen eine Art Virtuosenstück. Es kam dabei besonders auf Schnelligkeit an. Rasch musste eingegangen, geschwind zugegriffen werden, und es sah so aus, als wenn nur wenige Naturen die besondere Begabung besässen, am gespannten Stimmband das Kunststück einer Polypen-Extraction zu vollführen. Das ist nunmehr anders geworden. Die Cocain-Anästhesie gestattet auch im Kehlkopf in aller Ruhe und Sicherheit vorzugehen. Allerdings gehört immer noch specielle Einübung dazu, um Kehlkopf-Operationen

zu machen, Auge und Hand müssen sich daran gewöhnt haben, unter Leitung des Spiegels im Kehlkopf zu operiren, aber es ist keine specielle Begabung mehr dazu nöthig, jeder Arzt von mittelguter Dexterität kann jetzt durch hinlängliche Uebung sich die nöthige Fertigkeit erwerben.

Die Veränderung in der Methode der Kehlkopfpolypen-Operation findet auch in der Auswahl der Instrumente ihren Ausdruck. Wollte man früher die Instrumente bis zum Ende der Operation im Kehlkopf deutlich sehen, so musste man möglichst dünne verwenden; das Cocain gestattet es jetzt, auch mit stärkeren Instrumenten im Kehlkopf zu hantiren, ohne dass hierbei der reflectorische Schluss eintritt und sie unserem Auge entzieht, so dass man dabei also Nebenverletzungen nicht mehr in dem Grade, als dies früher der Fall war, zu fürchten at. Deshalb wird jetzt die schneidende Zange auch in erster Linie erheblich häufiger verwendet. Sie nimmt jetzt in der Häufigkeitsscala die erste Stelle ein, dann kommt die Schlinge, dann erst die früher am meisten bevorzugten Instrumente. F. selbst benutzt gern Zangen mit schneidenden Branchen, die er sich so hat anfertigen lassen, dass sie stark genug sind, um nicht zu federn, aber nicht so dick, dass sie zu viel Licht abblenden.

Unt r dem Einflusse des Cocains wird jetzt überhaupt häufiger im Larynx operirt. Das Curettement, diese jetzt viel fach empfohlene und häufig ausgeübte Behandlungsmethode der Phthisis laryngea, hat die Cocain-A ästhesie zur Voraussetzung. Ohne letztere würde sie ein nur in Ausnahmefällen mögliches Verfahren sein.

Was schliesslich die Trachea anlangt, so sind chirurgische Eingriffe in derselben per vias naturales auch vor Einführung des Cocains gemacht worden. Wenn aber jetzt eine methodische Trachealchirurgie zu entstehen scheint, so geschieht dies unter Voraussetzung der Cocain-Anästhesie. Für die Bougirung der Luftröhre wird dies von den Erfindern des Verfahrens bestimmt ausgesprochen.

Dürfen syphilitisch-inficirte Aerzte ihre ärztliche Thätigkeit fortsetzen? von Prof. A. Neisser in Breslau. (Centr.-Bl. f. Chir. XVI. 39. 1889.)

N.'s Abhandlung ist die Antwort auf eine in einer früheren Nummer des chirurgischen Centralblattes erschienene Anfrage, in wie weit Aerzte, speciell Chirurgen und Geburtshelfer, wenn sie selbst syphilitisch inficirt seien, ihren Pat. gefährlich werden können, in wie weit sie sich demgemäss eine Beschränkung in der Ausübung ihrer ärztlich-praktischen Thätigkeit auferlegen müssen.

N. hebt zunächst hervor, dass die Infektionsgefahr bei dem in Rede stehenden Verhältniss lange nicht so hoch anschlagen werden dürfe, als bei dem ehelichen Verkehr.

Weiterhin ist wohl kaum zu bezweifeln, dass im Allgemeinen der Chirurg hinsichtlich der Ansteckungsmöglichkeit weniger ängstlich als der Geburtshelfer zu sein braucht (grosse Infektionsempfänglichkeit d r Schleimhaut des frisch entbundenen Uterus!).

Folgende Momente kommen für die Beurtheilung, ob ein infficirter Arzt seinen Patienten gefährlich werden könne, in Betracht;

1) Das Alter, bez. das Stadium der Syphilis. Je jünger die Syphilis des inficirten Individuum, desto grösser ist dessen Infectiosität. Die Hauptgefahr der Infection geht wesentlich vom Primäraffekt und von den papulösen Efflorescenzen der Frühperiode aus, unter welcher Form dieselben sich auch auf Haut oder Schleimhaut äussern mögen. Die Periode, in welcher solche papulöse Efflorescenzen auftreten, dauert durchschnittlich 2—3 Jahre, und es wird daher dieser Zeitraum als ein ganz besonders gefährlicher zu betrachten sein. In den nachfolgenden 2—3 Jahren hört die Infectiosität zwar nicht auf, aber es lässt die Bildung der papulösen Frühformen nach. Die tertiären Produkte sind nicht als infektiös zu betrachten.

2) In hohem Grade modificirend auf den Grad der während der ersten 2—4 Jahre vorhandenen Infectiosität und auf die Dauer ihres Bestehens wirkt eine sorgfältige und ausreichende Behandlung, die sich über Jahre zu erstrecken hat.

3) Das Bestehen von Efflorescenzen an den Händen hat als strikte Contraindikation gegen die Ausübung praktischer operativer Thätigkeit zu gelten, sofern es nicht gelingt, in sicherer Weise mechanisch die Krankheitsherde absolut abzuschliessen.

4) Bei Weitem nicht auf gleicher Stufe, bez. ihrer Gefährlichkeit stehen die nichtsyphilitischen Hauterkrankungen (Pusteln, Ekzeme, Rhagaden u. s. w.) an den Händen Syphilitischer. Es steht fest, dass auf dem Wege der sogenannten Provocation, d. h. der künstlich erzeugten Ablagerung syphilitischen Giftes und syphilitischer Neubildungen an sonstigen krankhaften Stellen, ursprünglich nicht syphilitische Dermatosen der Ausgangspunkt für eine Syphilisinfektion werden können. Freilich ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine solche Infektion ereignen werde, sehr gering.

Wichtig ist weiterhin, dass die vorhandenen nicht syphilitischen Läsionen leicht zu Lymph- und Blutaustritt führen können. Die Möglichkeit, dass auch minimale Blutmengen eines syphilitichen Individuum in den ersten Jahren nach der Infektion inficiren können, ist weder sicher bewiesen, noch widerlegt.

Alles in Allem ergiebt sich also, dass die Möglichkeit, dass in den ersten Iahren nach der Infektion eine Seitens der Aerzte acquirirte Syphilis, sei es durch syphilitiche Efflores-

cenzen, sei es durch zufällige Dermatosen, ja selbst durch einfachen Blutaustritt aus gesunder Haut, übertragen werden könne, zugegeben werden muss. Aber zwischen der Möglichkeit und der Wahrscheinlichkeit liegt eine sehr grosse Differenz. Die Wahrscheinlichkeit ist sehr eingeschränkt, ja auch ein Minimum reducirt bei Berücksichtigung der praktischen Verhältnisse.

Alle bekannten Infektionen betrafen Wöchnerinnen, nie chirurgisch behandelte Kranke, und geschahen durch Primäraffekte an den Fingern oder Händen.

Ausser der Wichtigkeit der allgemeinen Syphilisbehandlung hebt dann N. noch hervor, dass auch die lokale Behandlung nicht nur syphilitischer Effloreszenzen, sondern auch anderweitiger Dermatosen in jedem Falle von wesentlichem Nutzen sein wird. N. weist namentlich auf die zahlreichen prophylaktichen Massnahmen hin, die besonders solche Aerzte, deren Hände eine grosse Empfindlichkeit gegen Carbolsäure, Sublimat u. s. w. haben, ergreifen können. Einfettungen, besonders aber die Benutzung alkoholischer Desinfektionslösungen oder des Alkohols als Waschmittel nach jeder Applikation wird gewiss viele vor den fortwährenden Ekzemrecidiven schützen, welche nicht nur das Ekzem, sondern bei inficirten Aerzten auch der Luesgefahr wegen eine Ausführung ärztlicher Operationen fast unmöglich machen.

In die Netzhaut eingeheilter Fremdkörper mit Erhaltung des Sehvermögens. Von Hosch (Arch. f. Augenheilk. Bd. XX, 3. H.) Dass ein Fremdkörper, der in das Augeninnere dringt, eine Entzündung erzeugt, welche zum Verlust des Auges führt, ist eine häufige Beobachtung. Sehr selten aber kommt es vor, dass der Fremdkörper im Augenhintergrunde ruhig — ohne Reizung zu erzeugen — liegen bleibt und mit der Zeit durch eine Bindegewebshülle abgekapselt wird. Einen solchen Fall hat H. beobachtet. Einer Magd drang circa ein Jahr bevor sie zu ihm kam, beim Hacken der Reben etwas ins rechte Auge. Da weder Entzündung noch Schmerz der Verletzung folgte, so beachtete sie die Verletzung nicht weiter. Bei zufälligem Schliessen des linken Auges bemerkte sie, dass sie rechts weniger sehe. Die Sehschärfe daselbst zeigte sich auf $^1/_5$ herabgesetzt. Am inneren Hornhautrande bemerkte man eine feine Trübung, in der Iris ein feines Loch, das Licht durchtreten liess. Beim Blick nach unten aussen kam ein schwarzer lanzenspitzförmiger Körper zum Vorschein, der über die Retina hervorragend von einem gelblichen glänzenden Rand eingefast wird; sein Durchmesser ist circa $1^1/_4$ der Pupillenweite. Der übrige Hintergrund normal, das Auge ganz reizlos. Unter diesen Umständen entschloss sich H. nicht zu einer Operation. Die Ex-

traktion wäre mit Rücksicht auf die feste Anhaftung des Fremdkörpers vergeblich gewesen, obgleich H. als sicher hinstellt, dass man es mit einem Steinchen zu thun hatte.

H. knüpft an diesen Fall einige interessante Bemerkungen. Horner hat nämlich beobachtet, dass solche Harkensplitter von ganz besonderer deletärer Wirkung seien; in 85 pCt. führten sie zum Verlust des Auges. Er glaubte nun, dass bestimmte Erdarten, die an den Harken haften bleiben, eine besonders deletäre Wirkung entfalten. Heute weiss man aber, dass nur die Menge der Bakterien, welche mit dem Metallstück in's Auge gelangen, die Gefahr in sich berge, wie dies schon mikroskopisch nachgewiesen wurde.

Dass der Harkensplitter nicht an und für sich entzündungserregend wirkt, zeigt der obige Fall. Freilich war es ein besonderes Glück, dass der Fremdkörper bei seinem Wege durch das Auge die Linse unberührt liess.

Was die Art der Anhaftung und Einheilung der Fremdkörper anbelangt, so ist darüber noch nichts Apodiktisches bekannt. Gestützt auf eine anatomische Untersuchung glaubt H., dass die Veränderungen, die ein solcher festliegender Fremdkörper erzeugt, sich auf seine nächste Umgebung erstrecken. Die Retina ist an dieser Stelle mit der Chorioidea verwachsen und durch Wucherung des Fasergewebes stark verdickt, so dass sich ein Wall um den Fremdkörper bildet, der nur von jenem eingeschlossen ist.

Mit der Einkapselung ist durchaus keine Sicherheit gegeben, dass das Auge bleibend gerettet ist; denn es kann der Fremdkörper nach Jahren wieder frei werden, und alle Gefahren, die ein solcher im Auge in sich birgt, heraufbeschwören. Ohne dass aber eine Veränderung der Lage entsteht, kann eine Netzhautablösung zu Tage treten, sei es nun, dass von der Narbe aus, die sich um den Körper gebildet hat, nach und nach eine Retraktion und Zerrung der umgebenden Retina sich entwickelt, oder dass der Fremdkörper durch seine chemische Wirkung eine Verdichtung des Glaskörpers erzeugt, welche die Netzhaut nach sich zieht.

Daraus folgt, dass man auch bei eingeheilten Fremdkörpern mit der Stellung der Prognose vorsichtig sein und den Pat. darauf vorbereiten muss, dass trotz scheinbar momentanen Wohlbefindens sich die Scene plötzlich ändern kann. Der Arzt hat, wenn ihm dies möglich gemacht wird, von Zeit zu Zeit zu kontroliren, ob nicht eine leicht Injektion, Veränderungen im Gesichtsfelde, Empfindlichkeit in der Ciliargegend u. dgl. auf irgend welche gefährliche intraokuläre Vorgänge hinweisen, um dann rasch mit der Operation bei der Hand zu sein.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Mangansuperoxyd bei Dysmenorrhoe. Von E. Scott. (Medical News 1889. Bd. 54. S. 516.) Scott wandte Mangansuperoxyd an in solchen Fällen von Dysmenorrhoe, die characterisirt waren durch mehr oder weniger sparsame Menstruation bei gleichzeitig bestehenden Schmerzempfindungen ohne jegliche nachweisbare locale, entzündliche oder organische Veränderung. Er führt zwei Fälle an, bei denen Braunstein gegeben wurde. Im ersten handelte es sich um eine 23jährige, verheirathete Patientin, Mutter mehrerer Kinder, die seit dem 17. Lebensjahre menstruirt und bis dahin stets gesund war. Bei bestehender Menstruation hatte die Patientin auf einem längeren Wege nasse Füsse bekommen, nach Hause zurückgekehrt bemerkte sie, dass die Menses zu fliessen aufgehört hatte. Die nächste Menstruation war sehr beschwerlich und sparsam. Im Verlauf der Zeit steigerte sich die Dysmenorrhoe immer mehr. Im Verlauf der Zeit steigerte sich die Dysmenorrhoe immer mehr. S. verordnete Mangani superoxydati 0,24 zweimal täglich nach dem Essen für die nächsten 4 Wochen zu nehmen. Die dann erfolgende Menstruation war völlig normal. Dasselbe Mittel wurde dann in Dosen von 0,12 täglich noch 2 Monate weiter gebraucht. Völlige und dauernde Wiederherstellung. Die zweite Patientin, unverheirathet, 19 Jahre alt, seit dem 15. Jahre menstruirt und ziemlich anämisch, hatte stets an Menstruationsbeschwerden gelitten. Die Menses kamen unregelmässig. Die begleitenden Schmerzen waren ziemlich heftig. Oertliche Untersuchung wurde verweigert, das Vorhandensein leichter Leukorrhe zugestanden. Nachdem zunächst Tinct. Chinae und Strychnin gegeben war, wurde die Therapie mit Mangansuperoxyd in der oben geschilderten Weise durchgeführt, gleichfalls mit dauerndem Erfolge. S. hatte vordem in anderen Fällen Kali hypermanganicum gegeben, davon aber zu viel unangenehme Nebenerscheinungen gesehen. In den 40 mit Braunstein allein behandelten Fällen waren sie kein Mal zur Beobachtung gelangt.

(Fortschritte d. Medicin.)

Ueber Nabelblutungen bei Kindern. — Von Dr. W. R. Darkin. — The Lancet 3422/89. Obwohl Nabelblutung bei Neugeborenen zu den seltneren Erscheinungen zählt, so ist sie hinreichend oft tödtlich; es ist deshalb von Wichtigkeit, ein geeignetes Verfahren zu kennen, um jene zu stillen. Als ein solches empfiehlt D. die von ihm modificirte Duboissche Methode und verwirft alle anderen in den Handbüchern erwähnten, wie Kompression durch Gewichte, Kollodium, Kälte, Hitze, Liquor Ferri hyperchlor., Ferrum candens, Tanninsäure und die innerliche Anwendung der Gallussäure. Zur Rechtfertigung seiner Ansicht führt er zwei Fälle an, bei denen

die erwähnten Mittel fruchtlos angewendet wurden, während die von ihm angegebene Methode hier und bei einem dritten Falle, wo sie sofort ins Werk gesetzt wurde, Heilung erzielte. Nachdem D. die Ursachen der Fruchtlosigkeit dieser verschiedenen Methoden auseinandergesetzt hat, beschreibt er die seinige, die wesentlich darin besteht, dass man die Nabelarterien (aus denen nach D.'s Ansicht stets die Blutung entstehen soll) mit einer Hasenscharten- oder einer langen Nadel unterstieht. Das Kind wird auf den Rücken gelegt und seine Oberschenkel werden soviel als möglich flektirt; wenn nothwendig kann man einige Chloroforminhalationen appliciren, aber auch ohne diese fand D. keine Schwierigkeit bei der Operation. Der Arzt steht zur linken Seite des Kindes. Bei jedem Schrei des letzteren spannen sich die Bauchwandungen, aber bei den Intervallen behufs der Inspiration werden sie lax, und in diesem Moment fasst man zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand 1 Zoll der Bauchwand genau unter dem unteren Randes des Nabels, zieht ihn empor und man wird den Strang der Arteriae umbilicales zwischen den Fingern fühlen. Es ist dringend erforderlich, nicht $^1/_4$ Zoll tiefer zu greifen, da die Arterien nach der Regio pubica immer tiefer liegen und in diesem Falle leicht den Fingerspitzen entschlüpfen. Sobald jene sicher gehalten werden, ist es leicht, die Nadel zwischen sie zu stechen und es ist keine Gefahr vorhanden, den Darm zu verletzen, da dieser durch die beiden gegen ihn stark drückenden Finger nach unten gedrängt wird. Aus Versuchen an der Leiche beobachtete D., dass die Nadel ungefähr ein $^1/_{16}$ Zoll in die Bauchhöhle hineindringt. Vor dem Eingriff müssen die Nadel und der Nabel aseptisch gemacht werden. Sofort nach dem richtigen Durchstechen der Nadel wird die Blutung aufhören. Ereignet es sich jedoch durch irgend einen Zufall, dass diese aus der Vene stammt, so wird sie durch Anlegung einer Achterligatur über die Nadel, wobei man die ganze Nabelnarbe in die komprimirende Aktion einschliessen muss, gestillt. Hierauf wird die Nadelspitze mit einem Korkstückchen bedeckt und die unterbundene Stelle mit einem trockenen Verbande versehen. Die beiden Hauptmomente sind, dass die Arterie sicher unter- und nicht durchstochen ist und dass die Ligatur den ganzen Nabel in sich fasst. Nach wenigen Tagen hat die Nadel eine genügende Eiterung zuwege gebracht, um sie mit Leichtigkeit zu entfernen.

Die Ursache dieser Art von Blutung ist die gegenwärtig unbekannt. Man hat als solche Septichämie, Syphilis, Hämophilie und andere angenommen; aber verschiedene Autoren vermochten keinen konstanten Beweis für die beiden ersteren aufzufinden. Grandidier sammelte 220 Fälle, von denen 84 einen Ikterus neonatorum und 61 Petechialflecke an mannigfachen Stellen hatten. Mechanische und Entzündungsde-

fekte des Herzens und der Cirkulationsorgane, sowie gewisse Lebererkrankungen wurden in einigen Fällen von Ikterus kann das Kind aus einer underen Ursache als Blutung sterben, welche letztere dann nur ein Symptom der schweren Krankheit ist.

Was die Hämophilie als ursächliches Moment betrifft, so hat D. zwei Fälle innerhalb 6 Monate beobachtet, bei denen man mit Sicherheit jene als eine hereditäre feststellen konnte. Auch schliesst er sich der Ansicht von Cohnstein und Zuntz an, dass zwischen den Nabel-, Scheiden- und Magenblutungen der Kinder einerseits und Veränderungen in der Konsistenz und Zusammensetzung des Blutes bald nach der Geburt andererseits, wie sie von diesen beschrieben wurden (Pflüger's Arch. 34), Beziehungen bestehen.

(Deutsche med. Zeit..)

Verschiedenes.

Milchzucker als Diureticum. Prof. Germain Sée in Paris studirte die diuretische Wirkung der Milch und kam zu dem Schlusse, dass das eigentlich wirksame Agens der Milchzucker sei. Er verabreichte Milchzucker in einer Anzahl von Hydrops-Fällen: In einigen Fällen war die Wirkung prompt und prononzirt, in anderen war die Urin-Ausscheidung wenig, oder gar nicht erhöht. Diese auffallende Differenz der Erfolge erklärte sich durch die verschiedenen Grundursachen des Hydrops. War der Hydrops Folge eines Herzleidens ohne oder mit geringen Störungen seitens der Nieren, wirkte das Mittel sicher; bestand jedoch extensives Nierenleiden, war die diuretische Wirkung ganz gering. Bei Hydrops ex corde hält Prof. Germain Sée das Saccharum lactis für das beste und sicherste Diureticum — keine andere Drogue ist wirksamer; es wirkt ähnlich dem Coffein, ohne die Nachtheile dieses letzteren zu besitzen. — Auf die Dyspnoe Herzkranker hat der Milchzucker jedoch keinerlei Wirkung; in solchen Fällen verbindet Germain Sée, zur Bekämpfung der Dyspnoe, die Verabreichung des Milchzuckers mit Jodkalium. Die gewöhnliche Dosis der Lactose ist ungefähr 3 Unzen (100 Gramm) pro die.

☛ **Der prakt. Arzt.** — 31. Jahrgang — wird auch im nächsten Jahre in bisheriger Weise erscheinen.

Monatlich $1\frac{1}{2}$ bis 2 Bogen. Preis 3 Mark.

Der Thierarzt. Herausgegeben von Prof. Dr. Anacker, Departements-Thierarzt in Düsseldorf, wird, im nächsten Jahre, seinen 29. Jahrgang beginnend, ebenfalls fortgesetzt.

Monatlich $1\frac{1}{2}$ bis 2 Bogen. Preis 3 Mark.

Wetzlar im December 1889.

G. Rathgeber.

Verleger: G. Rathgeber in Wetzlar.
Redacteur: Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Gedruckt bei Ferd. Schnitzler in Wetzlar.

Inhalts-Verzeichniss.

Seite

A.

Achsenzugzangen 98
Adstringirende Mittel, über den Begriff der Wirkung derselb. 175
Agaricinsäure (Agaricussäure, Agaricin) 245
Akromegalie 84
Amylenhydrat gegen Epilepsie 205
Anthelminticum, neues 48
Antifebrin bei Angina 168
Antiseptika, bacteriologische Antersuchungen über die in der Augenheilkunde gebrauchten 44
Antiseptik 64
Antiseptische Mittel, in der Mundhöhle verwendbare 192
Antiseptische Paste zu Verbänden 191
Antrum Highmori, zur Diagnose und Behandlung der Erkrankungen desselben 114
Arrestantenlähmung, Lähmung durch polizeiliche Fesselung der Hand 85
Arznei, die Zeit wenn sie genommen werden soll 96
Asthma, Arzneimittel gegen 250
Ausspülungen, heisse, von 40° R. post partum 139

Seite

B.

Bleichsucht, Wesen derselben 109
Blutungen in der Geburtshilfe und Gynäkologie, deren Quellen und Behandlungsmethoden 46
Brandwunden, Behandlung derselben mit Sozojodolkalium 233
Bromoform und Resorcin gegen Keuchhusten 263
Bronchopneumonie, Behandlung derselben bei Kinder 70
Brüche, wie entstehen dieselben? Ist ein Unterleibsbruch als Unfall zu betrachten? 184. 159
Butylchloral bei Neuralgien im Verlaufe des Trigeminus 24

C.

Calomel als Diureticum und Hydragogum, klinische Beobachtungen darüber 148
Carbol-Necrose 90
Carbon-Natron-Oefen, Gefährlichkeit derselben 246
Carcinome, zur Behandlung, inoperabler, offener durch künstliche Ueberhäutung 12

Seite

Chloralformamid, ein neues Schlafmittel 199
Chloroformnarcose durch schwache und unausgesetzte Gaben des Chloroforms 231
Chloroformwasser, Anwendung desselben zur Lösung der Medicamente 129
Chromsäure gegen Fussschweisse 143
Chrysarobin gegen Hämorrhoiden 239
Codeïn bei Frauenkrankheiten 236
Coffeïnum natrobenzoicum, den Werth der subcutanen Injection desselben in der Kinderpraxis 21
Croup, idiopathischer, Beitrag zur Frage über die Wirkung des Ol. terebint. rect. bei demselben 115

D.

Dangue-Fieber im Orient 241
Decubitus, Verhütung desselb. 72
Diarrhoische Zustände, Behandlung derselben 71
Diät bei nervösen Affektionen des Magens 77
Diphtherie, epidemische, zur Pathogenese derselben 201
Diphtheritis, gibt es zwei verschiedene Formen derselben, Originalartikel von Sanitätsrath Dr. Höber in Bad Homburg 265
Drüsenfieber 188

E.

Echinokokkuskrankheit, Mittel zur Bekämpfung endemisch vorkommender 221
Ekzem und dessen Behandlung 182
Electrisches Licht, Einfluss desselben auf die Augen 139
Engelmann'sche, trockene gynäkologische Behandlung 68
Entfettungskuren bei Gelenkkrankheiten 204
Erysipele, neuere Behandlung derselben 91

F.

Fremdkörper, in die Netzhaut eingeheilter 284

Seite

G.

Ganglien und Atherome, Behandlung derselben mittelst Arsenikinjection 87
Gaslicht und Chloroform 102
Gelbsucht, zur Kenntniss der fieberhaften 9
Geschwülste, cystische, Behandlung kleiner mit Chorzinkeinspritzung 255
Glycerinklystiere, Wirkungsweise derselben 126
Gynäkologische Balneotherapie 211

H.

Haarkuren 16
Hadernkrankheit 96
Hernien, zur Frage der Heilbarkeit, insbesondere vom militärischen Standpunkte aus 40
Herzgeräusch, diastolisches, über den Werth desselben für die Diagnose d. Aorteninsufficienz 274
Herz-Syphilis 106
Hydropathische Leibbinde als Hypnoticum 104
Hypnotismus, Gefahren desselb. 169
Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht 235

J.

Jod- und Brompärate, Anwendung derselben zu per rectum, localen, regionären u. alle gemeinen Heilzwecken 270
Jodoformbehandlung der tuberculösen Abscesse, insbesondere spondylitischer Senkungsabscesse 162
Jodol, die therapeutische Verwendung desselben bei inneren Krankheiten 51

I.

Ileus, Pathologie und medicinische Therapie desselben 180
Infections-Krankheiten, die Bekämpfung derselben, insbesondere der Kriegs-Seuchen, von Geheimerath R. Koch in Berlin 49
Irresein, Verkennung desselben 25. 121. 192

Seite

K.

Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung und Perforation bei zu engem Becken 18
Kali chloricum, Giftwirkung desselben 147
Kalk, einige Untersuchungen über die desinficirende Wirkung desselben 5
Karbolsäure gegen Diphtheritis, Originalartikel von Dr. Klingelhöffer in Hausenstamm 145
Karlsbader Wasser und Karlsbader Salz 149
Kartoffelkur bei der Behandlung verschluckter Fremdkörper 71
Keuchhustenanfall, Behandlung desselben 189
Klumpfuss, seine Folgen für das übrige Knochen-Gerüst 118
Knochendefecte, neue Methode, grosse, des Schädels zu decken 206
Knöchelbrüche, operative Behandlung difform geheilter und die operative Behandlung des Plattfusses 232
Kochsalz bei Diphtheritis 69
Kochsalzklystiere an Stelle der Transfusion 48
Krebs-Recidive, Ursachen derselben nach Brustdrüsen-Amputation 137
Kropf, über die Diagnose des bösartigen 111

L.

Larynxtuberculose, Behandlung derselben mit Perubalsam 229
Lebercirrhose bei Kindern 141
Lungenentzündung 133
Lungenentzündung, über die ansteckenden Formen derselben, Originalartikel von Prof. Fr. Mosler in Greifswald 97
Luxation beider Vorderarm-Knochen nach hinten, Entstehung und Behandlung derselben 252

M.

Magen-Function bei tuberculöser Phthisis 156
Mandeln, Schlitzung derselben 253
Mangan, Einfluss desselben auf die Menstruation 186
Mangansuperoxyd bei Dysmenorrhoe 286
Menthol gegen das unstillbare Erbrechen der Schwangeren 237
Milchzucker als Diureticum 288
Mineralbäder, Wirkungsweise derselben 54
Morphium, subcutan, Ausscheidung desselben durch den Magen 238
Myxoedem, Originalartikel von Prof. Fr. Mosler in Greifswald 1

N.

Nabelblutung bei Kindern, Mittel zur Stillung derselben 286
Neisser'sche Gonoröebehandl. 256
Neurosen, über traumatische 10

O.

Oberschenkelfracturen, Behandlung derselben mittelst der modificirte Extensionsmethode nach Prof. Bardenheuer 184
Opium, Anwendung desselben bei eingeklemmten Hernien 185
Ozonwasser, Darstellung desselb. 178

P.

Pancreatitis, acute 153
Pericarditis, ein bisher noch nicht beschriebenes Symptom derselben 37
Pharmakotherapie, Fortschritte derselben des Jahres 1888 28
Phenacetin 73
Pleuritischer Schmerz, seine Behandlung durch partielle Compression des Thorax 225
Pneumaturie 277
Prostatahypertrophie, über die Störungen der Harnentleerung durch dieselbe 65
Pruritus cutaneus universalis, Behandlung desselben 275
Pyrodin, ein neues Antipyreticum 4

Q.

Quellsonde zur Behandlung Verengerung der Speiseröhre 209